

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:5

Kauppila Tarja, Tuulonen Anja


Sosiaali- ja terveydenhuollon KUSTANNUSVAIKUTTAVA JA TEHOKAS OHJAUS

Selvityshenkilöraportti

■ SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Helsinki 2016

KUVAILULEHTI

Julkaisija	Päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	20.1.2016
Tekijät	Toimeksiantaja
Tarja Kauppila, johtaja, Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus	Sosiaali- ja terveysministeriö
Anja Tuulonen, professori, vastuualuejohtaja Tays Silmäkeskus, Tampereen yliopistollinen sairaala	HARE-numero ja toimeksiantamispäivä Sopimusnro STM, 2/ HSO/EMR/2015, 19.11.2015
Muiston nimi	
Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttava ja tehokas ohjaus	
<p>Tiivistelmä</p> <p>■ STM asetti ajalle 19.11.2015 – 20.1.2016 selvityshenkilöt arvioimaan sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen kehittämistarpeet vaikuttavan ohjauksen mallin kehittämiseksi. Toimeksiantannon mukaisesti rahoitus ja sisällöllinen ohjaus sovitetaan mallissa yhteen edistämään hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamista kustannusvaikuttavalla tavalla. Raportin tietoa käytetään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja itsehallintoaluelakien valmistelussa.</p> <p>Selvityshenkilöt toteavat, että uudistuksen onnistuminen edellyttää julkisen hyvinvointi- ja terveysvastuun kantamista sekä samaan aikaan julkisten varojen rajallisuuden ymmärtämistä ja hyväksymistä jokaisella toiminnan tasolla. Toimialan rakenteita, voimavarojen kohdentamista ja sisällöllistä ohjausta on muutettava. Ohjauksen tulee olla selkeää, vaikuttavaa ja tietoon perustuvaa. Valtion ohjausroolia on vahvistettava. Normi-, resurssi- ja informaatio-ohjauksen lisäksi tarvitaan rakenteellista ohjausta ja tutkimuksellista kehittämisohjausta. Toimiva vastuun-, työn- ja resurssien jako sekä arviointi varmistavat tavoitteiden saavuttamista.</p> <p>Selvityshenkilöt ehdottavat kansallisen strategisen sote-yksikön organisoimista sosiaali- ja terveysministeriöön. Yksikön johtamat vastuualueet ovat palvelut, resurssit ja arviointi. Itsehallintoalueille perustetaan vastaavat alueelliset strategiset sote-yksiköt. Palvelujen tuottajilta edellytetään vastaavaa strategista organisoitumista. Toiminnan tueksi perustetaan viisi itsehallintoalueiden yhteistä alueellista sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämisyksikköä.</p>	
Asiasanat	
sosiaali- ja terveydenhuolto, ohjaus, johtaminen, tutkimus- ja kehittämistoiminta, arviointi, kustannusvaikuttavuus	
Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:1	Muut tiedot
	www.stm.fi
ISSN-L 2242-0037	Kokonaissivumäärä
ISSN 2242-0037 (verkkojulkaisu)	67
ISBN 978-952-00-3696 -6	Kieli
URN:ISBN:978-952-00- 3696-6	suomi
http://urn.fi/ URN:ISBN:978-952-00-3696-6	
	

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Datum
Social- och hälsovårdsministeriet	20.1.2016
Författare	Uppdragsgivare
Tarja Kauppila, direktör, Östra Finlands kompetenscenter inom det sociala området	Social- och hälsovårdsministeriet
Anja Tuulonen, professor, ansvarsområdeschef, Tays Ögoncenter, Tammerfors universitetssjukhus	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet
	STM, 2/HSO/EMR/2015, 19.11.2015
Rapportens titel	
Kostnadseffektiv och effektiv styrning av social- och hälsovården	
Referat	
<p>SHM tillsatte för tiden 19.11.2015 – 20.1.2016 utredningspersoner att bedöma utvecklingsbehoven för styrningen av social- och hälsovården för att utveckla en modell för effektiv styrning. I enlighet med uppdraget anpassas finansiering och den innehållsmässiga styrningen i modellen för att minska skillnader i välfärd och hälsa på ett kostnadseffektivt sätt. Informationen i rapporten används i beredningen av lagarna om ordnandet av social- och hälsovården och självstyrande områden.</p> <p>Utredningspersonerna konstaterar att en förutsättning för att reformen ska lyckas är att varje handlingsnivå bär det offentliga välfärds- och hälsoansvaret och samtidigt har förståelse för och accepterar att de offentliga medlen är begränsade. Sektorns strukturer, riktningen av resurser och den innehållsmässiga styrningen måste förändras. Styrningen ska vara tydlig, effektiv och basera sig på information. Statens styrningsroll ska förstärkas. Förutom norm-, resurs- och informationsstyrning behövs strukturell styrning och vetenskaplig utvecklingsstyrning. En fungerande ansvars-, arbets- och resursfördelning samt utvärdering säkerställer att målen nås.</p> <p>Utredningspersonerna föreslår att en nationell strategisk social- och hälsovårdsenhet organiseras vid social- och hälsovårdsministeriet. Ansvarsområden som enheten ska leda är tjänster, resurser och bedömning. Inom de självstyrande områdena inrättas motsvarande regionala strategiska social- och hälsovårdsenheter. En motsvarande strategisk organisering krävs av serviceproducenterna. Gemensamma regionala forsknings- och utvecklingsenheter för social- och hälsovården (fem) för de självstyrande områdena inrättas till stöd för verksamheten.</p>	
Nyckelord	
social- och hälsovård, styrning, ledarskap, forsknings- och utvecklingsverksamhet, bedömning, kostnadseffektivitet	
Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2016:5	Övriga uppgifter
	www.stm.fi/svenska
ISSN-L 2242-0037	Sidoantal
ISSN 2242-0037 (online)	67
ISBN 978-952-00-3696-6	Språk
URN:ISBN: 978-952-00-3696-6	finska
http://urn.fi/ URN:ISBN: 978-952-00-3696-6	
 <p>SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIET</p>	

SISÄLLYS

Sosiaali- ja terveysministeriölle	6
EHDOTUSTEN TIIVISTELMÄ	7
1 SELVITYKSEN TAVOITE JA TEHTÄVÄT	9
2 SELVITYSTYÖN TOTEUTUS	11
2.1 Sidosryhmien näkemysten ja tarpeiden kartoittaminen	11
2.1.1 Ohjauskyselyn anti	12
2.1.2 Ohjauskuulemisten anti	16
2.1.3 Valvonnan kuulemistilaisuuden anti.....	20
2.1.4 Potilas- ja sosiaaliasiamestointi paremmin esille	22
3 EHDOTUSTEN PERUSTEET: SOSIAALIHUOLLON NÄKÖKULMA	24
3.1 Sosiaalihuolto muutostilanteessa	24
3.2 Asiakkaan asema: heikkoja on puolustettava	26
3.3 Osaamista ja tietopohjaa on vahvistettava	27
3.4 Kehittämistyötä on koordinoitava.....	29
3.5 Visioita johtamiseen.....	30
4 EHDOTUSTEN PERUSTEET: TERVEYDENHUOLLON NÄKÖKULMA	31
4.1 Perustehtävä ja tavoite – hyvinvoinnin edistäminen	31
4.2 Terveiden edistäminen	31
4.3 Kannustimista	33
4.4 Kysyntä vs. tarve	34
4.5 Onko enemmän parempi	35
4.6 Kustannusvaikuttavuus.....	36
4.7 Valinnanvapaus.....	38
4.8 Terveystenhuollon radikaalit toimintatapoja mullistavat innovaatiot	38
4.9 Näyttö tietoteknisten ratkaisujen vaikutuksista tuottavuuteen.....	39
4.10 Terveystenhuollon ohjaamisesta	40
4.11 Uudistukseen liittyviä haasteita ja uhkakuvia.....	43
5 SELVITYSHENKILÖIDEN EHDOTUKSET	45
5.1 Uudistuksen onnistumisen edellytys	45
5.2 SoTe-ohjauksen organisointi (Taulukko 3).....	45
5.2.1 STM:n strateginen SoTe-yksikkö.....	45
5.2.2 Itsehallintoalueiden SoTe-yksiköt	46
5.2.3 Tuottajataso SoTe-yksiköt	47
5.3 Vuorovaikutus	47
5.3.1 SoTe-ohjausmallin hallinnon tasojen vuorovaikutteisuus	47
5.3.2 Vuorovaikutus - STM:n strateginen SoTe-yksikkö.....	48
5.3.3 Vuorovaikutus - Itsehallintoalueen SoTe ja TuKe-yksiköt.....	48
5.4 Muut ehdotukset.....	48
5.4.1 KELA ja työterveyshuolto mukaan uudistukseen.....	48
5.4.2 Kustannusvaikuttavuus ja –tietoisuus osaksi SoTe-ammattihenkilöiden perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksen opintosuunnitelmia.....	48
6 LOPUKSI.....	51
7 LÄHTEET (luvut 1–3)	52

8 VIITTEET (luku 4)	55
9 LIITTEET	59
LIITE 1 (luku 2.1).....	59
LIITE 2 (luku 2.1).....	61
LIITE 3 (luku 2.1).....	63
LIITE 4 (luku 3.5).....	65
LIITE 5 (luku 4.2).....	66
LIITE 6	67

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖLLE

Pääministeri Sipilän hallituksen linjauksessa (7.11.2015) on sovittu sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen päätavoitteiden kannalta tärkeimmistä aluejakoon ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen liittyvistä asioista. Tarkoitus on luoda edellytykset a) kestävyysvajeen vähentämiseksi kolmella miljardilla eurolla tarvittavalle kustannusten kasvun hidastamiselle, b) perustuslain 19 §:n sosiaalisia perusoikeuksia toteuttavien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden laadulle ja yhdenvertaiselle saatavuudelle sekä c) palvelujärjestelmän uudistumiskyvyille. Uudistuksessa vastuu sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä siirtyy kunnilta ja kuntayhtymiltä 18:lle maakuntajaon pohjalta muodostettavalle itsehallintoalueelle. Itsehallintoalueet järjestävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut joko yksin tai kolme itsehallintoaluetta tukeutuen lailla säädettävän työnjaon mukaisesti vaativimmissa palveluissa muiden itsehallintoalueiden palvelurakenteisiin. Maassa tulee olemaan 15 alueellista kokonaisuutta, joilla sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut järjestetään lain ja sen nojalla tehdyn valtioneuvoston järjestämis päätöksen mukaisesti (Hallituksen linjaus 7.11.2015).

Perustuslainmukaisuutta on noudatettava. Järjestämis päätöksen tulee - yhdessä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämistä ja tuottamista koskevien muiden järjestelyiden ja erityisesti rahoitusta koskevien ratkaisujen kanssa - mahdollistaa perustuslaissa säädettyjen perusoikeuksien yhdenvertainen toteutuminen. Perustuslain mukaiselle itsehallinnolle tulee jäädä riittävästi liikkumatilaa päätöksentekoon. Itsehallinto toteuttaa perustuslain 14 §:ssä säädettyjä osallistumisoikeuksia. Lainsäädännössä tulee hakea sellaista ratkaisua, joka toteuttaa yhdenvertaisella tavalla perusoikeuksia toteuttavat palvelut sekä samanaikaisesti toteuttaa mahdollisimman hyvin myös osallistumisoikeudet. On myös pyrittävä yhteensopiviin aluejaotuksiin ja turvattava väestön kielelliset oikeudet yhdenvertaisiin palveluihin (Liite hallituksen linjaukseen 7.11.2015).

Selvityshenkilöt tarttuivat vuoden 2015 lopulla monella tavalla haasteelliseen tehtävään, jonka toteuttamisessa kartoitettiin eri asiantuntijatahojen näkemyksiä ja tarpeita keskeisiltä viranomais- ja yhteistyöorganisaatiotaloilta sekä erityisasiantuntijoilta - palvelujen kokemusasiantuntijat mukaan lukien - sähköisen kyselyn, kuulemistilaisuuksien ja henkilökohtaisten yhteyksien avulla. Lisäksi hyödynnettiin kirjallisuutta ja eri tahoilta käyttöön saatuja taustamuistioita. Vastausten keskeinen viesti oli selkeä ja yksituumainen: uudistuksen menestyksellinen toteuttaminen edellyttää nykyistä vahvempaa ja selkeämpää valtionohjausta. Uudistuksen sosiaali- ja terveyspoliittiset tavoitteet ovat erittäin kunnianhimoiset samalla, kun talouden niukkuus haastaa toimialan muiden ohella panostamaan kustannusvaikuttavuuteen ja tehokkuuteen. Ilman valtion vahvaa otetta tästä yhtälöstä ei uskota selvittävän perustuslain henkeä ja kirjainta kunnioittavasti. Vaikuttavan ja kestävä kehityksen otteen on nojattava nykyistä enemmän tutkittuun tietoon, systemaattiseen arviointiin ja ennakkointiin. Onnistuminen edellyttää, että kaikki osapuolet ja tahot käyttävät aktiivisesti mahdollisuutensa osallistua yhteiseen työhön kansakunnan parhaaksi.

Jätämme ehdotuksemme Ohjaus, rahoitus ja kehittäminen-ryhmälle luottaen ryhmän korkeaan asiantuntemukseen ja kannustaen rohkeaan uudistustyössä etenemiseen.

Helsingissä 20.1.2016

Selvityshenkilöt

Tarja Kauppila

Anja Tuulonen

EHDOTUSTEN TIIVISTELMÄ

Tiivistelmä kappaleesta 5 ja taulukosta 3

Uudistuksen onnistumisen edellytys

Julkisen hyvinvointi- ja terveysvastuun kantaminen sekä julkisten varojen rajallisuuden ymmärtäminen, hyväksyminen ja budjettirajoitteen noudattaminen jokaisella toiminnan tasolla

SoTe-ohjauksen organisointi

Kansallisen strategisen (STM), itsehallintoalueiden ja tuottajatasen SoTe-yksiköiden toiminta jaetaan vastuualueisiin: palvelut (mitä tehdään), resurssit (millä voimavaroilla) ja arviointi (miten mitataan)

SoTe-yksiköiden vastuualueiden johto

SoTe-johtajapari (jaettu johtajuus), STM:n resurssit -vastuualueelle lisäksi valtiovarainministeriön johtajaedustaja, STM:n strategisen SoTe-yksikön vastuualueilla itsehallintoalueiden valitsevat johtajaedustajat ja itsehallintoalueiden SoTe-yksiköiden vastuualueilla kuntien valitsevat johtajaedustajat

Kansallinen strateginen SoTe-yksikkö (STM)

Konkretisoi hallituksen linjaukset toiminta- ja taloussuunnitelmiksi, joissa määritellään sekä lyhyen että pitkän aikavälin tavoitteet vastuualueilla. Palvelut: strategisten palvelulinjausten tuottaminen. Resurssit: voimavarojen jakoperusteet. Arviointi: mittareiden valinta, tavoite-
tasojen asettaminen ja tulosten arviointi

Itsehallintoalueiden SoTe-yksiköt (15)

Palvelut: SoTe-palvelujen järjestäminen. Resurssit: kustannusten hallinta. Arviointi: kansallisten mittareiden käyttö ja seuranta.

Tuottajatasen SoTe-yksiköt

Palvelut: SoTe-palvelujen tuottaminen. Resurssit: kustannusten hallinta. Arviointi: kansallisten ja itsehallintoaluetasojen mittareiden käyttö ja seuranta

Viisi itsehallintoalueiden yhteistä alueellista sosiaali- ja terveydenhuollon TuKe-yksikköä

SoTe-tutkimus-, koulutus- ja kehittämisyhteistyön integrointi ja koordinointi alueella

Itsehallintoalueiden yhteisesti omistamat tukitoiminnot

Itsehallintoalueen yleiskustannukset erillään tuotantokustannuksista, kustannusten hallinta

Vuorovaikutusvastuu: Strateginen SoTe-yksikkö (STM) ja itsehallintoalueiden SoTe- ja TuKe-yksiköt

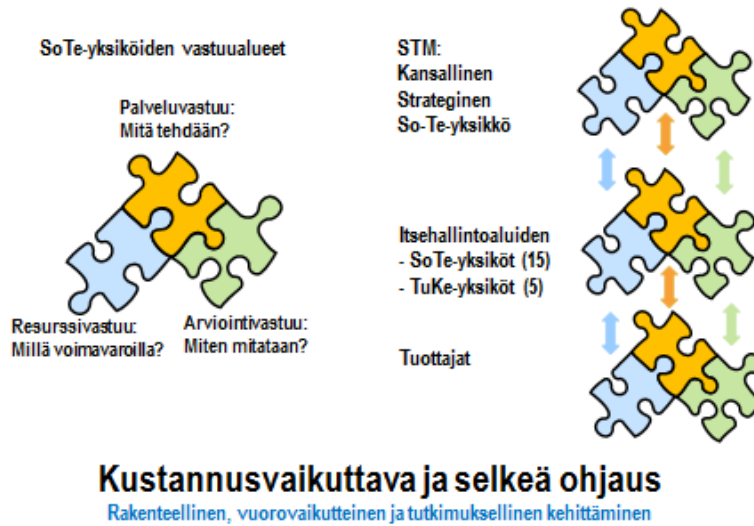
Kansalaisten, asiakkaiden ja potilaiden ym. tahojen arvioiden ja ehdotusten huomioon ottaminen toiminnassa

KELA ja työterveyshuolto mukaan uudistukseen

Kustannusvaikuttavuus ja -tietoisuus (sosiaali- ja terveystaloustiede) SoTe-ammattihenkilöiden perus-, jatko- ja täydennyskoulutusohjelmien keskeiseksi osaksi

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttava ja tehokas ohjaus

Kuvio 1



1 SELVITYKSEN TAVOITE JA TEHTÄVÄT

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 19.11.2015 selvityshenkilöt, joiden tehtävänä oli arvioida sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen kehittämistarpeet vaikuttavan ohjauksen mallin kehittämiseksi. Selvitystyö liittyy sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen, itsehallintoalueiden perustamisen ja aluehallintouudistuksen valmisteluun. Selvitys tehtiin osana Ohjaus, rahoitus ja kehittäminen –ryhmän työtä. Raportin tietoa käytetään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain ja itsehallintoaluelain valmistelussa.

Selvitystyön tavoitteena oli laatia ehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen malliksi, jossa rahoitus ja sisällöllinen ohjaus sovitetaan yhteen ja joka tukee niin uudistuksen kustannusten hallintaa kuin hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamista koskevien tavoitteiden laatimista. Ohjausmallin tulee olla ohjausvaikutuksiltaan selkeä ja kannustaa kustannustehokkaiseen ja vaikuttavaan toimintaan. Ehdotuksessa tuli ottaa kantaa siihen, miten varmistetaan yhdenvertaisuuden ja oikeudenmukaisuuden toteutuminen resurssiohjauksen roolin muuttuessa. Ehdotukset tuli laatia a) sisällöllisen ja vuorovaikutteisen ohjauksen organisoimiseksi kansallisella tasolla ja hallinnon eri tasojen välillä (yhteistoiminnan muodot), b) sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen prosessiksi, joka yhteen sovittaa väestön palvelutarpeen ja julkisen talouden tilanteen huomioon ottavan budjettirajoituksen, c) niistä hyvistä toimintatavoista, jotka ohjaavat kustannusvaikuttavuuteen (mukaan luettuna eri ammattikuntien toimintakäytänteiden vaikuttavuustiedon käytön edistäminen) ja d) ohjausmallissa tarvittavista tiedoista, jotka mahdollistavat ohjauksen toimivuuden seurannan ja arvioinnin.

Valtion keskeisimmät ohjauksen muodot ovat normi-, resurssi- ja informaatio-ohjaus. Normiohjaus sisältää lait, asetukset ja muut säädökset. Resurssiohjaus sisältää voimavarojen suuntaamisen ja käytön ohjaamisen (esim. talousarvio). Informaatio-ohjauksessa tiedon välittäminen on ydin. Näitä täydentävät ohjelma/hankeohjaus, valvonta (etu- ja jälkikäteinen) sekä arviointi (esim. laatusuosituksen toteutuminen). Toimialalle kohdentuu runsaasti muidenkin kuin valtion keskushallinnon toimesta hallinnollista ja asiantuntijaohjausta (Wilschman 2011, 6, 13). Nykyisin perinteiset ohjausmuodot limittyvät ja sekoittuvat uusiin muotoihin. Paikallisesta, alueellisesta, kansallisesta ja kansainvälisestä monitaso- ja monitaho-ohjauksesta on käytetty kokoavaa käsitettä hybridiohjaus (Niiranen 2013b, 212–213). Viimeisimmäksi on tunnistettu rakenteellisen ohjauksen aika, kohteena sote-alue (Heinämäki 2012 ja 2015). Tässä selvityksessä nostetaan esiin rakenteellisen ohjauksen ja tutkimuksellisen kehittämisohjauksen näkökulmat.

Selvityshenkilöt toteavat, että sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus on välttämätöntä tehdä. Tästä lähtökohdasta vaikuttaa olevan laaja yksimielisyys julkisuudessa. Sen sijaan toteutamisapojen yksityiskohdissa näkemyksissä on hajontaa. Vaativien tavoitteiden saavuttaminen edellyttää eri osapuolilta julkisen hyvinvointi- ja terveysvastuun kantamista sekä ajankohtaisten julkisten taloudellisten voimavarojen rajallisuuden ymmärtämistä ja hyväksymistä. Täydellistä konsensusta keinoista lienee turha odottaa. Muutos saadaan aikaan sillä, että tahdosta siirrytään toimintaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen lisäksi hyvinvointi- ja terveyseroihin vaikuttavat esimerkiksi erot työ- ja elinolosuhteissa, muissa julkisissa palveluissa, elintavoissa ja geneettisissä tekijöissä. Jotta sosioekonomista, väestöryhmien välistä ja alueellista eriarvoisuutta pystytään vähentämään, tulee hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä eriarvoisuuden vähentäminen sisällyttää ohjauksen tietoperustaan, strategioihin sekä palvelujen suunnitteluun, tuottamiseen, seurantaan ja arviointiin kautta linjan, kaikilla tasoilla. Eriarvoisuus on tunnistettava ja tunnustettava, jotta siihen pystytään vaikuttamaan. Palveluilta kaivataan osumatarkkuutta: tähtäämissä ovat väestön tarpeet, tosiasiallinen palvelujen saatavuus, oikea-aikaisuus, korkea laatu ja kustannusvaikuttavuus. Peruspalvelujen vahvistaminen ja ongelmien ehkäisyyn panos-

taminen ovat perusteltuja. Yhdenvertaisuuden vaade puoltaa herkästi syrjään jäävien riskiryhmien positiivista diskriminointia (Meklin 2015, 2, 6–7, 9–10).

Julkisten voimavarojen rajallisuus on otettava huomioon tulevassa ohjausmallissa. *Uudistukselle hallituksessa asetettu tavoite kestävyysvajeen kuromiseksi kolmella miljardilla on selkeä tavoite, joka haastaa kaikki toimijatahot ratkomaan kasvamaan pyrkivien palvelutoiveiden ja -tarpeiden ja rajallisten voimavarojen välistä yhtälöä sen sijaan, että katsottaisiin vain jompaakumpaa osatekijää ja ajettaisiin sen mukaisia intressejä* (Vrt. Meklin 2015, 3). Jotta yhtälö ratkeaisi suotuisasti, on toimeen tartuttava aikailematta. Toimialan rakenteissa, resurssien kohdentamisessa ja sisällöllisessä ohjauksessa on tehtävä muutoksia. Vaikka kaikki julkinen raha taloudellisen noususuhdanteenkin aikana kohdennettaisiin esimerkiksi terveydenhuoltoon, kaikille kansalaisille ei olisi mahdollista tarjota kaikkia mahdollisia interventioita. Toisaalta on selvää, että mittaamaton rahapanostuskaan ei välttämättä takaisi toivottuja hyvinvointi- ja terveysvaikutuksia – ei ainakaan niihin liittyvien erojen tasoittumista toivottuun suuntaan. Sen sijaan on todettu, että esimerkiksi vaikuttamattomista tai tehottomista hoidoista luopuminen voisi tuoda merkittävät säästöt (Meklin 2015, 9).

Hallinto on sosiaali- ja terveydenhuollossa kaikilla tasoilla perustyön tukitoimi, vastuullinen taho, jonka kuuluu näyttää esimerkkiä myös uudistuksessa. Kysymys on ennen kaikkea asenteellisesti uudistusmyönteisyydestä, toimintamallien osalta muutoksetyöryydestä ja taloudellisuuden osalta kustannusvaikuttavuuden systemaattisesta, tinkimättömästä ja jatkuvasta parantamisesta. Henkilöstön asiantuntemusta ja osaamisen kehittämistä, vaikuttavia potilas- ja asiakasprosesseja sekä tasapainoista taloutta on johdettava tiedolla, taidolla ja yhteisellä tahdolla. Tuomisen (2015, 194) luovan järkevyyden ydinfilosofia kannustaa suhtautumaan avoimen innostuneesti uusiin vaihtoehtoihin, hyväksymään kokeiluissa sen, ettei kaikki välttämättä aina toimi ja reagoimaan palautteen pohjalta havaittuihin muutostarpeisiin mahdollisimman ketterästi.

Mittava uudistus on alan henkilöstölle vaativa. Edessä on muutoksia, joiden selkiytymistä on odotettu useita vuosia. Pahimmillaan epävarmuus stressaa, haastaa työmotivaatiota ja hukkaa energiaa työyhteisöissä. Ei oikein tiedetä, mihin kannattaisi työn kehittämiseksi ryhtyä ja keiden kanssa, menevätkö askellukset ja investoinnit kenties hukkaan, jos tulee jokin toisenlainen kuviointi. Tällaista pohdintaa on käyty esimerkiksi alueiden tietojärjestelmien kehittämisen osalta (esim. Kauppila 2015, 45). Toisaalta palvelujen odotetaan toimivan mahdollisimman moitteettomasti siitä huolimatta, että muutoksia tehdään työn ohessa koko ajan. Epävarmuus työssä saattaa vaikuttaa eläkeikää lähestyvien ratkaisuihin: jatkaako vai luopua. Uudistuksen tulisi luoda vetovoimaista kestävä kehityksen näkyä myös tuleville työntekijöille.

Sote-uudistus on ollut viime vuodet paljon esillä mediassa, millä on omat vaikutuksensa suuren yleisön asenteisiin. Kehittämistyön toimijoille saatetaan huokaista, ettei saada mitään tolkkua siitä, mitä oikeastaan ollaan tekemässä ja mihin uudistus käytännön palveluarjessa oikeasti vaikuttaa. Entä miten mahdollisesti juuri minulle ja läheisilleni käy: onko alan työtä alueella tai saanko hoitoa ja järjestykö palveluja, jos ja kun avuntarvetta ilmenee.

Selvityshenkilöt muistuttavat siitä, että uudistusta ollaan tekemässä ihmisten parhaaksi ja ihmisten kanssa. Osallistumisen laajetessa inhimillinen potentiaali yllättää monella tavalla myönteisesti: monenlaista osataan, jos tahdotaan - ja tahtoessa opitaan uutta. Suomalaisilla on uskoa hallintoon ja normeihin kehittämisen keinoina. Lisäksi tarvitaan toimintaa, monipuolista osallistumista sekä vahvaa kannustusta hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen kansalaisia myöten. Järjestelmän legitimitetti vahvistuu, kun uudistuksen ohjauksessa kuuluvat ja näkyvät niin palvelujen käyttäjien kuin niiden maksajienkin äänet. Hyvä tulevaisuus on yhteinen tehtävä.

2 SELVITYSTYÖN TOTEUTUS

Selvitystyö toteutettiin ajalla 19.11.2015–20.1.2016 osana 'Ohjaus, rahoitus ja kehittäminen' -ryhmän (ORK-ryhmä) työtä. Sidosryhmien näkemyksiä ja tarpeita kartoitettiin kirjallisen kyselyn, kuulemistilaisuuksien ja henkilökohtaisten asiantuntijayhteyksien avulla. Lisäksi selvitystyön tausta-aineistona käytettiin kirjallisuutta ja saatavilla olleita asiantuntijatyön muistioita.

Sote-uudistukseen liittyviä valmisteluryhmiä on parhaillaan ministeriössä toiminnassa useita. Selvityksen käynnistyttyä muiden ryhmien työn todettiin olevan vasta alussa, eikä yhteen sovitettavaa materiaalia tämän selvityksen kannalta ollut vielä juurikaan käytettävissä. Ohjaus, rahoitus ja kehittäminen -ryhmän varapuheenjohtajien kanssa tavattiin kaksi kertaa (19.11.2015 työn käynnistäminen, 12.1.2016 väliarviointi) ja koko ryhmän kokoukseen osallistuttiin kaksi kertaa (9.12.2015 työn lähtökohdat, 22.1.2015 raportin luovutus). Työn ohjaus ja yhteistyö ministeriön asiantuntijoiden kanssa tapahtui pääosin sähköpostiviestinnän kautta. Selvityshenkilöiden esityksen ensimmäinen luonnos toimitettiin STM:lle/ORK-ryhmälle 15.12. 2015 ja koko raportti 20.1.2016.

2.1 SIDOSRYHMIEN NÄKEMYSTEN JA TARPEIDEN KARTOITTAMINEN

Selvitystyöhön liittyvä kysely (Webropol, liite 1) toteutettiin marras-joulukuun vaihteessa siten, että vastaamisaika oli 26.11.2015–3.12.2015. Muutama vastaaja pyysi lyhyttä lisäaikaa, mikä mahdollistettiin. Kysely lähetettiin sosiaali- ja terveysministeriöstä kaikkiaan 30:lle viranomais- ja yhteistyöorganisaatiotaholle sekä 25:lle alan erityisasiantuntijalle palvelujen kokemusasiantuntijat mukaan lukien. Vastauksia saatiin kaikkiaan 64, joista kolme sähköpostitse. Webropol-yhteenvetoraportin pituus on 86 sivua.

Ohjauksen selvitystyöhön liittyviä kuulemistilaisuuksia järjestettiin kaksi ”Sote-uudistus: sosiaali- ja terveydenhuollon toimiva ohjaus” (10.12.2015 aamu- ja iltapäivän tilaisuudet, Helsinki, Säätytalo, liitteet 2–3), joihin oli kutsuttu 29 eri tahoa/edustajaa. Aamupäivän tilaisuuteen osallistuivat edustajat kaikista kutsutuista tahoista ja iltapäivän tilaisuuteenkin lähes kaikki kutsutut (11/14). Molemmissa tilaisuuksissa puheenvuoroja käytettiin erittäin aktiivisesti. Lisäksi selvityshenkilöt olivat mukana ministeriön järjestämässä valvonnan kuulemistilaisuudessa ”Valvonta uusissa rakenteissa” (1.12.2015, Helsinki, Säätytalo). Sekä ohjausta koskevassa kyselyssä että ohjausta koskevissa kuulemistilaisuuksissa haettiin vastauksia neljään kysymykseen:

1. Miten sosiaali- ja terveydenhuollon sisällöllinen ja vuorovaikutteinen ohjaus tulisi jatkossa organisoida kansallisella ja hallinnon eri tasojen välillä?
2. Millainen sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen prosessi sovitaa yhteen väestön palvelutarpeen ja julkisen talouden tilanteen huomioon ottavan budjettirajoitteen?
3. Millaiset hyvät toimintatavat ohjaavat sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikutavuuteen, mukaan lukien eri ammattikuntien toimintakäytänteiden vaikuttavuustiedon käytön edistäminen?
4. Millaisia tietoja ohjausmallissa tarvitaan, että ne mahdollistavat sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen toimivuuden seurannan ja arvioinnin?

2.1.1 Ohjauskyselyn anti

Ottaen huomioon aiheen haasteellisuuden, kyselyn ajoittumisen aivan vuoden lopulle sekä nopean toteutusaikataulu, kirjalliseen kyselyyn saatiin runsaasti vastauksia sisältäen 86 sivua monipuolista pohdintaa. Vastauksista syntyi selkeä mielikuva, että uudistus koetaan yksituumaisesti hyvin tärkeäksi eikä sen tarpeellisuutta kyseenalaisteta. Useita vastauksia luonnehti korkea kunnianhimon aste: nyt on päästävä eroon nykyjärjestelmän heikkouksista ja tehtävä kerralla todella merkittävä uudistus paremmin toimivaksi järjestelmäksi.

Toisaalta uudistuksen kokonaisuuden hahmottaminen koettiin haasteelliseksi, mistä johtuen osa vastauksista jäi yleiselle tavoitteita kuvaavalle tasolle ja vaille selviä konkreettisia muutosesityksiä ohjauksen keinoihin. Vastauksista käy ilmi selkeä tarve määrittää ainakin keskeiset ohjauksessa ja johtamisessa käytettävät käsitteet, jotka tällä hetkellä ymmärretään ja tulkitaan hyvin toisistaan poikkeavilla tavoilla (esim. keskeiset terveystaloustieteelliset käsitteet). Samalla tavoin ehdotuksissa keinovalikoimaksi hyvinvoinnin ja yhdenvertaisuuden edistämiseksi oli eroja esim. julkisten ja yksityisten toimijoiden vastauksissa.

Toimeksiannon sisältöön liittyvistä tekijöistä vastauksissa kolme eniten esiintynyttä sanaa olivat *kustannus* (181 kertaa, yhdistettynä kustannusvaikuttavuuteen 70 kertaa ja kustannustehokkuuteen 27 kertaa), *asiakas* 157 kertaa (asiakaslähtöisyys 9 kertaa, asiakasohjaus yhden kerran) ja *kehittäminen* 123 kertaa. Muita toimeksiannon aiheeseen liittyviä sanoja olivat mm. *mittari/mittaaminen* 97 kertaa, *potilas* 82 kertaa, *resurssi* ja *valinnanvapaus* kumpikin 46 kertaa, *kilpailu(tus)* ja *työterveyshuolto* kumpikin 35 kertaa, *kannustaminen* 26 kertaa, *näytöön perustuva / Käypä Hoito –suositus* 22 kertaa, *vuorovaikutus* 19 kertaa, *palveluseteli* 18 kertaa, *bench-marking* 13 kertaa, *KELA* 12 kertaa, *Palveluvalikoimaneuvosto* ja *kapitaatio* kumpikin 11 kertaa, *priorisointi* 8 kertaa, *rajaton kysyntä* 4 kertaa, *yhteisvastuu* ja *’raha seuraava asiakasta’* kumpikin 3 kertaa.

Vastauksissa toivottiin vahvaa valtion ja tiedolla johtamista, esimerkiksi:

- ”Tarvitaan keskitetty kansallisella tasolla oleva suunnittelu- ja ohjaustoiminto.”
- ”STM:llä tulisi olla tiukka ohjaus itsehallintoalueisiin järjestelmän ohjaamiseksi.”
- ”Sisällöllinen iso raami kansalliselta tasolta - ohjelma/suosituksella asiat eivät elä työelämässä.”
- ”Integroidun kokonaisuuden rakentaminen edellyttää vahvaa johtajuutta sekä osaamista, rahaa ja päätösvaltaa.”
- ”Normeja tullaan heikenevässä tilanteessa tarvitsemaan. Järjestelmän on vietävä keskeiset normit poliittiseen päätöksentekoon.”
- ”Budjetin ylittymisen seuraukset tulisi miettiä etukäteen.”
- ”Valtiollisen ohjausvoiman vahvistuminen voi koko SoTe-järjestelmän rakenteellisen ja toiminnallisen kehittämisen kannalta olla uusi mahdollisuus.”
- ”On todella tärkeää huolehtia siitä, että sisällölliset tavoitteet ovat oikeassa suhteessa käytettävissä oleviin resursseihin.”
- ”Uudistuksessa olisi ohjausta kehitettävä kokonaisuuden hallintaan eikä yksittäisen temppun tuottavuutta korostavaan toimintaan.”
- ”Jos toimijat eivät tiedä mitä ovat tekemässä ja miksi, on turha odottaa ohjaukselta parasta mahdollista vaikuttavuutta.”
- ”Olisi määritettävä tavoitteet, niille (rajallinen määrä) mittareita sekä määritettävä miten tieto kerätään. Vaikeinta tässä on tavoitteiden määrittämisen jälkeen valita vain joitakin mittareita.”
- ”Kansallisesti olisi pystyttävä muotoilemaan riittävän ylätasoisia tavoitteita ja niille reunaehdot ja mittareita, joissa sitten erityisesti tuotantotasot toimii ja samalla kehittää omaa toimintaansa.”
- ”Nykyisten ohjaustapojen kriittinen ja avoin arviointi: miksi ne eivät ole johtaneet asetettujen tavoitteiden saavuttamiseen.”
- ”(Tarvitaan) yhteisen tavoitteen kirkastaminen.”

- ”Rahoitusmallin valmistelu on kesken. Rahoitusmallin, valtion rahoitusvastuun ja VM:n resurssiohjauksen välillä tulee olla kiinteä yhteys ja siitä syystä resurssiohjaus tulee olla VM:llä.”

Tiedolla johtamisessa tulivat esille yhtenäiset kriteerit ja mittarit, vertailtavuuden varmistaminen ja läpinäkyvyys, esimerkiksi:

- ”Kansallisia tavoitteita kuvaavien mittareiden (= mitä tietoa tarvitaan ohjauksessa kansallisella tasolla) tietosisältö riippuu siitä, mitä kansallisia tavoitteita asetetaan. Kansallisia tavoitteita kuvaavat seurantamittarit tulee olla sovittuja ja keskipitkällä aikavälillä pysyviä, koska muutokset tapahtuvat pitkällä aikajänteillä. Jos mittareita muutellaan lyhytjänteisesti, ei kyetä seuraamaan muutoksia.”
- ”Käytettävissä tulee olla riittävästi myös aluetason tietoa alueellisesti sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnasta. Valtakunnallisten tavoitteiden seurannassa on makrotasoiset mittarit alueiden tilanteista ja rahoituksen käytöstä.”
- ”STM tarvitsee valtakunnallisia laadun, sisällön ja saatavuuden indikaattoreita ja mittareita, jotka tulisi valmistella pikaisella aikataululla THL:n kanssa yhteistyössä.”
- ”Ohjausprosessien tulisi perustua strategiseen pitkän aikavälin suunnitteluun ja sosiaali- ja terveysmenojen arviointiin sekä ajantasaiseen tietoon menojen rakenteesta (läpinäkyvät/julkisuusperiaatteen alaiset laskentamallit, mukaan lukien yksityinen sektori)”
- ”Osana ohjausta on luotava kansallinen kustannuslaskennan malli, jota kaikki tuottajat omistuspohjasta riippumatta käyttävät.”
- ”Nykyisiin tarve-, kysyntä-, käyttö-, tuottavuus-, laatu- ja vaikuttavuusindikaattoreihin sisältyy aivan liian paljon epävarmuutta ja suoranaisia virheitä, erityisesti lähipalvelujen osalta.”
- ”Ohjausmallin rakentamisessa tulisi kansainvälisten kokemusten perusteella kiinnittää erityistä huomiota palveluntuottajien (mukaan lukien työterveyshuollon palveluntuottajat) raportointivelvollisuuteen, jopa sopimuksiin liitettyjen merkittävien sanktioiden uhalla.”

Käsitykset kustannusvaikuttavuudesta, kustannusten hallinnasta ja budjettirajoitteesta poikkeivat eniten julkisen ja yksityisen sektorin vastaajien välillä, esimerkiksi:

- ”Kustannusvaikuttavuudelle pitää määritellä yleinen kansallinen kynnyssarvo. Tulee käydä perinpohjainen ja avoin keskustelu siitä, millaista kustannusvaikuttavuutta haetaan eli mikä on hyväksyttävä QALY:n hinta Suomessa erilaisissa tilanteissa.”
- ”On erityisesti seurattava arkityön kustannusvaikuttavuutta.”
- ”Tulisi muodostaa eräänlainen ’terveydenhuollon tarkoituksenmukaisen ja rahoitettavissa olevan kokonaisuuden raami’ osana priorisointiprosessia, mikä on välttämätöntä toimintaa palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden varmistamiseksi.”
- ”Nykyisestä piilopriorisoinnista pitää siirtyä avoimeen priorisointiin. Budjettirajoite pitää määritellä eksplisiittisesti, so. kansallinen SoTe-budjettikatto, jonka puitteissa määritellään kansallinen SoTe-palvelulupaus ja palveluvalikoima perustuen ensisijaisesti palvelujen kustannusvaikuttavuuteen.”
- ”Terveidenhuollossa pitää kansallisella tasolla päättää suuret linjat siitä, miten voimavarat suunnataan (= priorisointi): kuinka sekä rahalliset että ammattilaisten resurssit jaetaan sosiaalipalveluihin, tulonsiirtoihin, ehkäisevään toimintaan, terveydenhuollon perustasolle ja erikoistasolle ja mitä potilas/asiakas-ryhmiä (esim. iän tai ongelman laadun mukaan) painotetaan.”
- ”Kokemustemme mukaan tärkein kustannusvaikuttavuuteen ohjaava toimintatapa on rahoitusohjaus. Se on voimakkaampi kuin ohjeet, koulutus tai hyvät käytännöt.”
- ”On ymmärrettävä, että kaiken hoidon, hoivan ja huolenpidon todellinen kustannus ei ole jokin määrä euroja, vaan kaikissa tapauksissa se palvelu, joka jää tehdyn palveluratkaisun takia antamatta.”

- ”Palveluvalikoimaneuvoston pitää pystyä määrittelemään, mitä palveluja julkinen terveydenhuolto kattaa. Taustalla Evidence Based -suositukset kuten Käypä Hoito ja yhte-näiset hoidon kriteerit.”
- ”Palveluvalikoimaneuvoston nykyisten suositusten tulee saada normatiivisempi asema.”
- ”Palvelupaketit, tai mikä tahansa muu yltäason tuotteistus, on merkittävästi parempi ohjauksen lähtökohta kuin määritellä itsehallintoalueen tavoitteeksi ”tuottaa alueensa so-siaali- ja terveysterveyst” ja osoittaa tähän kiinteä (väestöperusteinen) määräraha.”
- ”Kustannuksia voidaan säästää vain ja ainoastaan luomalla tehokkaampia ja laaduk-kaampia rakenteita, ei asettamalla budjettirajoitteita.”
- ”Monituottajamalli yhdistettynä hallituksen linjaamaan valinnanvapauteen ohjaa auto-maattisesti kustannusvaikuttavuuteen ja –tehokkuuteen.”

Kyselyaineistossa pohdittiin myös palvelutarvetta ja -tuotantoa:

- ”Miten määritellään väestön palvelujen tarve?”
- ”Väestön palveluntarve on rannaton ja rajaton. Ei pidä pitää yllä mielikuvia, että kaikki asiat hoidetaan.”
- ”Kokemus on osoittanut, että hyvinkin irrationaalisista syistä luotu palvelutarjonta luo kysyntää ja rajaamattoman tarjonnan järjestelmässä kysyntä on rajatonta.”
- ”Resurssien jaossa pohjana tulee olla arvioitu ja mitattu todellinen tarve, ei hoitoon hakeutumisen tarve suoraan.”
- ”Jos halutaan sovittaa yhteen budjettirajoitteet ja kasvava palvelujen tarve, pitää olla valmis sietämään säätelyä, eikä ainakaan saisi valinnanvapauden nimissä luvata uusia ostoskierroksia entisten lisäksi.”
- ”Tavoitteena on tuottaa arjessa pärjäämistä, ei suoritteita.”
- ”Mikäli rahoitusmalli ohjaa tuottamaan suoritteita (Fee-For-Service -malli), esim. käyn-tejä tai puheluita, on tuloksena käyntien tarjontaa ja lukemattomia puheluita. Asiakkaat ovat tyytyväisiä päästessään nopeasti palveluihin, mutta vaikutuksista ei ole takeita ja kustannuskehitys on jyrkän nouseva. Tästä on kokemuksia työterveyshuollossa. Suorite-pohjaista rahoitusta parempi on kapitaatiomalli täydennettynä Fee-For-Service -mallilla. Kapitaatiopohjainen rahoitus ohjaa kustannustehokkuuteen, mutta ei kannusta suorittei-den tuottamiseen.”
- ”Toiminta tulisi suunnitella siten, että siinä on oleellinen, asiaan juuri sopiva, mutta ei mitään ylimääräistä. Palvelut toteutetaan yksinkertaisimmalla mahdollisella tasolla, jos-sa ne voidaan hoitaa siten, että asiakas saa sen hyödyn, jota odottaa saavansa (ns. frugal innovation).”
- ”Ohjausjärjestelmän avulla tulisi kyetä tunnistamaan nykyistä tehokkaammin erilaisia riskiryhmiä, jotta palveluita voidaan kohdentaa nykyistä täsmällisemmin.”
- ”Työterveyshuoltoa ei tule jättää sote – uudistuksen ulkopuolelle.”
- ”Onko rahoituskokonaisuudessa mukana myös työterveyshuolto ja Kelan maksamat lää-ke- ja matkakorvaukset?”
- ”On tärkeää ratkaista, miten huomioidaan valtion rahoitus ja Kelan subventiot vai ede-täänkö todella yksikanavaiseen rahoitukseen.”

Kyselyssä tuotiin esiin myös näkemyksiä valinnanvapaudesta:

- ”On määriteltävä, mitä valinnanvapaus tarkoittaa.”
- ”Yksittäisellä potilaalla ei tulisi olla oikeutta päättää yhteiskunnan voimavarojen varaa-misesta itselleen muiden potilaiden/asiakkaiden kustannuksella.”
- ”Valinnanvapausjärjestelmässä rahoituksen ohjausvaikutuksella on erityisen merkittävä rooli.”
- ”Laskutuksessa esim. valinnanvapauteen liittyvä palveluiden käyttö yms. tulisi ottaa huomioon, että niihin liittyvässä laskutuksessa toiminnan taloudelliset insenttiivit ovat oi-kean suuntaisia ja kannustavat kustannusvaikuttavaan toimintaan. Nykyisessä järjestel-

mässä on lukuisia esimerkkejä, joissa insentiivit ovat käänteisiä kannustaen erilaisiin osaoptimointeihin.”

- *”Järjestelmän peruseriaatteet, julkinen alueellinen vastuu ja porrastus, tulee säilyttää. Porrastuksen osana perusterveydenhuollon lääkärin rooli portinvartijana on oleellinen. On erityisen huolellisesti mietittävä, missä sosiaalihuollossa säilytetään portinvartijafunktio. Tämä ei ole mahdollista yksityisten palvelujen vapaassa valinnassa ilman julkista ohjausta. Näiden periaatteiden säilyttäminen tulee huomioida valinnanvapauden käytännön sovelluksessa.”*
- *”Sosiaalihuollon puolella valinnanvapaus on vaikeampaa. Sosiaalihuollossa on paljon sellaista palvelua, joka on asiakkaalle mieleistä ja joka voi tukea välitöntä hyvinvointia, mutta joista ei ole näyttöä pitkäaikaisessa terveyden ja hyvinvoinnin lisäämisessä.”*
- *”Laajan valinnanvapauden myötä kansalaiset saavat vahvan aseman tuotannon ohjaamiseen.”*
- *”Valinnanvapaus hajauttaa asiakasvallan yksilölle, mikä varmistaa saatavuuden ja palvelun laadun.”*
- *”Aitoa valinnan vapautta ei ole hankintalain puitteissa kilpailuttaminen. Se luo useimmiten vain paikallisia, määräaikaisia yhden toimijan monopoleja.”*

Sote-uudistus on suuri uudenlaisen yhteistyön näyttö kansallisten terveyden ja hyvinvoinnin parantamiseksi niin, ettei kuntia tässä yhteydessä vapauteta ”sote-vastuusta” vaan ennemmin päinvastoin: vahvistetaan eri toimijoiden yhteistyötä kuntalaisten arjen sujuvuuden parantamiseksi hyvinvoinnin ja terveyden osalta. Näin kyselyssä vastattiin:

- *”Itsehallintoalue ja kunta tarvitsevat toisiaan ja tiivistä yhteistyötä. Ellei tähän saada kannustavaa ohjausjärjestelmää, sote-menojen kasvua ei välttämättä saada hillittyä.”*
- *”Paradoksaalisesti merkittävimmän roolin sote-uudistuksen suurimmista tavoitteista näyttäisivät kuitenkin jatkossakin kantavan kunnat. Eli aivan keskeiseksi kysymykseksi myös kustannusvaikuttavuuden näkökulmasta nousee se, miten varmistetaan jatkossakin hyvä kuntayhteistyö ja toimiva työnjako. Sekä se, miten ja millaisin toimintamallein itsehallintoalueen palvelut jalkautuvat kuntien ehkäisevän työn tueksi.”*
- *”Viiden entisen Erva-alueen tasolle tulee muodostaa kehittämisestä ja tiedolla ohjaamisesta vastaava rakenne, joka toimii tiiviissä yhteistyössä itsehallintoalueiden, mutta myös valtion/THL:n kanssa.”*
- *”Koko hyvinvointisektorin tavoitteeksi on asetettava yksilön pärjääminen arjessaan ja palvelutoiminnan tavoitteeksi tämän pärjäämisen lisääminen.”*
- *”On arvioitava, tarvitaanko nykyistä laajemmin aktiivisia taloudellisia kannusteita, joilla pyritään aktivoimaan alueellisia järjestäjä-rahoittajia erityisesti hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen?”*
- *”Kunnille tulee jäädä uudessakin järjestelmässä lakisääteinen vastuu kuntalaisten hyvinvointia ja terveyttä edistävästä toiminnasta.”*
- *”Kunnille tulee antaa SOTE-budjetista korvamerkittyä tukea rakenteellisen terveyspolitiikkaan (Terveys kaikissa politiikoissa) ja koordinoida toiminta rakenteelliseen sosiaalipolitiikkaan.”*

Asenteista ja vuorovaikutuksesta tuli esille mm. seuraavanlaisia kommentteja:

- *”Äärimmäisen yksilökeskeisestä ajattelusta on siirryttävä kaikkien yksilöiden oikeudenmukaisen kohtelun maailmaan, sillä joka-ainoa päätöksen perustekijät ovat substanssietieto, etiikka ja raha.”*
- *”On huolehdittava siitä, että kansantalouden, ekonomisen ajattelun ja kustannuslaskennan perusteet sisällytetään kaikkien avainryhmien perus-, jatko – ja täydennyskoulutusohjelmiin.”*

- ”Täydennyskoulutuksen tulee olla yrityksistä riippumatonta ja osa SOTE-alueiden ja kansallista SOTE-budjettia.”
- ”Olisi tarpeen varmistaa, että jokainen työntekijä tulee joka päivä töihin asenteella: mitä voisin tänään parantaa/kehittää.”
- ”Ohjauksen vuorovaikutteisuus ei mielestäni ole itseisarvo. Osallistamista tulee tarkastella tilannekohtaisesti. Asiantuntijoiden kuulemista ei pidä tehdä muodon vuoksi vaan silloin kun ollaan aidosti valmiita ja halukkaita käymään dialogia.”
- ”(Tulee luoda) vuorovaikutusrakenne, jossa alueelliselta tasolta viedään alueiden odotuksia kansallisen tason ohjaukseen ja päinvastoin.”
- ”Hyvin harvassa kunnassa/alueella on onnistuneesti pystytty kokoamaan sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausprosessi huomioiden hybridimäinen johtaminen ja kompleksinen toimintaympäristö. Tämän vuoksi ohjausprosessin tulisi olla vuorovaikutuksellinen sekä kuntalaiset ja palveluiden käyttäjät huomioiva ja osallistava.”
- ”Suoran kansalaispalautteen menetelmiä tulee kehittää ja ottaa käyttöön sekä alueellisesti että kansallisesti.”
- ”Ohjaus on vuorovaikutusta, jonka pohjana tarvitaan avoin, kriittinen ja vertaileva keskustelu nykytilanteesta. Ilman motivaatiota muutokseen mikään organisaatio tai toimintakäytäntö ei muutu. On palattava rakenneuudistuksen keskeisiin tavoitteisiin jatkuvasti.”

Ohjauskysely ajoittui selvityshenkilötyön alkuun. Vastausten runsas lukumäärä ja monipuolinen anti toimi hyvänä johdantona ajankohtaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta ja sen ohjaamista koskeviin näkökulmiin. Kommentit orientoivat myös lukijan raportin aiheeseen: kehitettävää on, mutta onneksi löytyy myös näkemyksiä työn edistämiseksi.

2.1.2 Ohjauskuulemisten anti

Ohjauskuulemisten alussa palautettiin mieleen valtion keskeisimmät ohjauksen muodot eli normi-, resurssi- ja informaatio-ohjaus sekä näitä läpäisevänä ja täydentävänä valvonta. Valvontaa koskevia kommentteja tuli esille ohjauskuulemisissa ja erityisesti valvonnan kehittämiseksi järjestetyssä kuulemisessa, jota käsitellään erikseen (luku 2.1.3). Kuulemisissa nousivat esille myös asiakasohjaus sekä yhtenäiseen tietopohjaan ja tutkittuun tietoon perustuva kehittämisohjaus. Ne voi ymmärtää sekä ohjaukseen liittyvinä näkökulmina että omina ohjausmuotoinaan, joissa yhdistetään perinteisiä ja uusia, esimerkiksi rakenteellisen ohjauksen keinoja, sekä vastataan osaltaan perinteisten ohjauskeinojen kehittämistarpeisiin.

Selkeä, vahva ja yhdenmukaiseen tietoon pohjautuva valtionohjaus

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimivaa ohjausta koskevissa kuulemistilaisuuksissa pohdittiin, miten sosiaali- ja terveydenhuollon *sisällöllinen ja vuorovaikutteinen ohjaus* tulisi jatkossa organisoida kansallisella ja hallinnon eri tasojen välillä. Ensinnäkin uudelta ohjausrakenteelta odotettiin *selkeyttä ja yksinkertaisuutta*. On hyvin tärkeää, että eri osapuolet – myös kansalaiset – ymmärtävät järjestelmän toiminnan ja pystyvät sitä arvioimaan. Valtion eli *sosiaali- ja terveysministeriön tulisi ohjata palvelujen järjestämistä nykyistä vahvemmin* ja erityisen vahvaa ohjausta tarvitaan uudistuksen alkuvaiheessa. Tähän mennessä kunnat ovat rakentaneet omat järjestelmänsä, mutta uusi *rakenteellisen ohjauksen kausi* merkitsee sitä, että myös valtio haluaa olla tulevaisuudessa mukana rakentamassa uutta. Julkiseen vastuuseen kuuluu huolehtia *oikeudenmukaisuudesta ja yhdenvertaisuudesta* myös *kielliset oikeudet* palveluissa ja niiden kehittämisessä turvaten. *Asiakasohjaus* tulisi ottaa yhdeksi ohjauksen muodoksi ja siinä tarvittaisiin sekä toimivia kanavia että kannusteita. Asiakasohjauksella voitaisiin saavuttaa merkittävää vaikuttavuutta ja kustannussäästöjä.

Kävi ilmi, että *valtion tulisi ohjata suurta kuvaa*: merkittäviä kansallisia strategisia linjauksia ja investointeja. *Itsehallintoalueille tulisi jättää liikkumavaraa uudistuksen toteuttamisessa* operatiivisella ja aluetasolla: miten asetettuihin tavoitteisiin päästään palvelujen toteuttamisessa. Itsehallinnon kautta toteutettu hajautettu toimivalta edistäisi mahdollisuuksia vastata ajan-kohtaisiin alueen sote-muutoshasteisiin.

Itsehallintoalueita tulisi kannustaa uudistuksen tavoitteisiin ja *raha* todettiin yhdeksi hyväksi kannustimeksi. Voisiko itsehallintoalue ottaa vastuuta myös sairausvakuutusmaksuasioista, jotka nykyisin kuuluvat Kelalle? Pohdittiin, tuleeko itsehallintoalueille verotusoikeutta, joka olisi ohjauskeino, mutta edellyttäisi toimivaa tasausjärjestelmää. Todettiin, että myös niukka talous on osaltaan inspiroinut kunnissa merkittäviä palveluinnovaatiota, joita kannattaisi kerätä ja välittää laajemmin käyttöön (esimerkkinä Imatran malli päihde- ja mielenterveyspalvelujen integraatiosta ja ”omalääkäri-omahoitaja”-työparimallista).

Valtion ja itsehallintoalueiden väliset, itsehallintoalueiden keskinäiset sekä itsehallintoalueen ja kuntien väliset *neuvottelumenettelyt* nähtiin tarpeelliseksi vuorovaikutusohjaukseksi. Poliittinen ja ammatillinen johtaminen tulisi nykyistä selvemmin kyetä erottamaan toisistaan. Sellaisia neuvottelukuntatyyppejä elimiä, joiden toimintamandaatti, tehtävät ja kokoonpanon rakentaminen legitiimi logiikka jäävät epäselviksi, ei pitäisi luoda. Suhde kuntiin nähtiin erittäin tärkeäksi jatkossakin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen näkökulmasta.

Olennaisesti arvioitiin myös palvelujen tuottajien ja kansalaisten välinen vuorovaikutus. Mitä tietoa asiakkailta tulisi olla voidakseen oikeasti käyttää valinnanvapauttaan? Onko yksi riski sekin, että valinnanvapaus nostaa kustannuksia? Kenties asiakkaan tulisikin saada palveluseteli vain oman sote-alueensa palvelujen piiriin? Palveluissa kaivattiin läpinäkyvyyttä ja sujuvaa keskitettyä tiedonvälitystä niin, että kaikissa kunnissa saataisiin kerralla sama tieto asiakkaiden käyttöön. Yhtenä haasteena on monisairaiden ja paljon palveluja tarvitsevien potilaiden ja asiakkaiden kokonaistilanteen hallinta. *Laadunarviointia ja kokemusarviointia* tarvitaan siihen, kun tarkastellaan tuottaako palvelu asiakkaalle sen hyödyn, mitä tavoitellaan.

Kuulemisissa todettiin, että ohjauksen tulisi nojautua *yhtenäiseen tietopohjaan, kansallisesti määriteltuihin indikaattoreihin ja yhteisiin mittareihin*, joiden pohjalta mahdollistuisivat vaikuttavuuden (esimerkiksi Käypä hoito-suositukset) arviointi ja vertailtavuus. Näin ohjaus olisi sekä yhtenäistä että ennakoitavaa ja ennalta toimintaan vaikuttavaa. Tulosten saavuttamista voisi osaltaan arvioida tutkimuksellisesti palvelujen järjestämis- ja tuottamisvastuun ulkopuolinen valtiollinen taho, esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, jonka roolia tulisi jatkossa selkiyttää osana ohjauksen kokonaisuutta (riippumaton arviointi ja laadunhallinta). *Työterveyshuollon* asemaa, tietoja ja asiantuntemusta ei saisi uudistuksessa unohtaa. Tietopohjat sekä ohjausmallit tulisi rakentaa niin, että myös työterveyshuollon tiedot ja asiantuntemus olisivat eri hallintotasoilla mukana.

Valvonnasta todettiin, että se tulisi kytkeä tiiviisti uuteen ohjausjärjestelmään ja kannatusta tuli selkeälle valvontavirastolle. Valvonnan *kriteerien* tulisi olla koko maassa selkeät ja yhdenmukaiset. Tarkastus- ja valvontamenetelmien tulisi olla kansainvälisesti mallinnettuja (vrt. Fimean toiminta). Organisaatioiden omavalvontaa kannatettiin. Samalla todettiin kuitenkin, että omavalvonnan onnistuneisuus riippuu myös siitä, miten itsehallintoalueen väestö toimii: osassa maata painetta syntyy ja annetaan kovasti palautetta, toisaalla ei. *Demokraattinen prosessi ei automaattisesti suojaa heikompiensaisten asemaa. Miten käy niille asiakasryhmille, joista ei välttämättä olla poliittisesti kiinnostuneita. Kuka valvoo niiden asiakasryhmien asioita ja etua?*

Erityisesti heikompiensaisten asemaan liittyen ja laajemminkin sosiaalihuollon/-palvelujen kehittämisen osalta pidettiin tärkeänä, että yksittäisten itsehallintoalueiden ja valtion välillä toimisi myös jokin neutraali ja välittävä taho. On tärkeää, että esimerkiksi sosiaalihuollon menetelmissä ei voimistu nykyiseen tilanteeseen verrattuna eriytymiskehitys, vaan sen sijaan saadaan *oikeudenmukaisuuden ja yhdenvertaisuuden nimissä koordinoitua kansallista kehittämisohjausta alueiden tarpeisiin* yhtä itsehallintoaluetta eli yhtä demokraattisesti johdettua organisaatiotasoa laajemmalle alueelle ja väestölle. *Kaikille alueille tulisi varmistaa resurss-*

ja kehittämistyöhön. Kehittämistyön tuki tulisi suunnata keskeisten strategisten tavoitteiden saavuttamiseksi tarvittavaan asiantuntijayhteistyöhön. Myös toimintaa ohjaavien kannusteiden ja sanktioiden kehittämistä tarvitaan. Terveys- ja taloustieteellistä osaamista tulisi vahvistaa.

Palvelulupaus, järjestämisspätös ja segmentointi uusina elementteinä

Kuulemistilaisuuksissa pohdittiin, millainen sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen prosessi *sovittaa yhteen väestön palvelutarpeen ja julkisen talouden tilanteen huomioon ottavan budjettirajoitteen. Palvelulupaus* tuli tässä yhteydessä esille uutena, lainsäädäntöön pohjautuvana, niin perustuslain vaateet kuin julkisen talouden säästötavoitteet huomioon ottavan ohjauksen instrumenttina. Palvelulupaus konkretisoi esimerkiksi sen, miten hyvinvointieroja kavenneetaan. On tärkeä huolehtia yhteistyöstä peruskuntien kanssa.

Kuulemisissa todettiin, että rahoituksessa tulisi ottaa huomioon itsehallintoalueiden väestön *erilaiset palvelutarpeet ja olosuhteet* sekä itsehallintoalueiden välinen työnjako. Järjestämisspätöksessä määriteltäisiin esimerkiksi keskitetyt palvelut, itsehallintoalueiden työnjako sekä merkittävät investoinnit. Itsehallintoalueiden välinen ja myös alueen sisäinen kilpavarustelu on yksi suuri riski: jo nyt käydään kilpailua, mikä on kunkin alueen keskuspaikka ja mikä alue kuuluu mihinkin kokonaisuuteen. Huolta herätti, hukkuuko sote uudistusprosessissa itsehallintoalueen muodostamisen, sen monimuotoisten tehtävien ja siihen liittyvien monitahoisten ohjausvaltapyrkimysten alle. Itsehallintoalueilla päätetään esimerkiksi paikallisten palvelupisteiden sijainti, joka tulee olemaan yksi uudistuksessa keskeinen kynnyskysymys alueilla. *Järjestämisspätös* on tärkeä saada sellaiseksi ohjausinstrumentiksi, joka huomioi tarvittaessa joustavasti myös olosuhteiden ja tilanteiden yllättäviä merkittäviä muutoksia. Toki esimerkiksi lääketieteellinen toiminta ja teknologia kehittyvät jatkuvasti, mikä on oma haasteensa järjestelmälle.

Pohdittiin *valinnanvapautta* ja todettiin, koskeeko se tosiasiallisesti vain kolmea tai neljää Suomen suurinta kaupunkia. Lisääkö valinnanvapaus kustannuksia tai terveyseroja, kuten arvioitiin Ruotsissa tapahtuneen? Erityisesti sosiaalipalveluissa pohditutti palvelulupauksen ja valinnanvapauden merkitys: vastaammeko todelliseen palvelutarpeeseen, vai hoidetaanko osaa asiakkaita liian hyvin ja osaa liian vähän? Budjettimenettelyn tulisi mahdollistaa oikea-aikainen puuttuminen sellaisiin palvelutarpeisiin, joiden kasvaminen ilman puuttumista olisi dramaattista. Onnistuessaan valinnanvapaus lisää asiakasosallisuutta, mutta lisää keskustelua tarvitaan.

Hallinto ei saisi olla turhaan päällekkäistä: Tällä hetkellä on olemassa valtion ja kuntien hankintayksiköt, ollaanko rakentamassa vielä kolmatta itsehallintoalueille. Olemassa olevat julkisesti rahoitetut yksiköt tulisi hyödyntää ensin. Myös *palveluvalikoimaneuvoston* toiminta täytyy ottaa huomioon ja yhteen sovittaa uudistukseen.

Asiakkaiden segmentointi olisi tärkeää. Esimerkiksi ikäihmiset ovat monissa palveluissa merkittävän suuri käyttäjäjoukko, mutta onko heidän erityistarpeensa osattu ottaa huomioon asiakasohjauksessa ja palvelujen muotoilussa? Heikompiosaiten palvelutarpeisiin vastaaminen tuli jälleen julkisen vastuun piiriin kuuluvan huolehtimisen aiheena esille. Toisaalta paljon palveluja käyttäviin olisi kiinnitettävä huomiota ja heidän tilanteisiinsa olisi päästävä kiinni tietojohdamisen keinoin. Hyvään hoitoon ja kustannusten hillintään liittyvänä konkreettisena ehdotuksena tuli esille, voitaisiinko esimerkiksi *saattohoitoa* koskevat toimintalinjaukset muodostaa itsehallintoalueilla yhtenäisiksi niin, että ne kirjattaisiin järjestämissuunnitelmaan. Käytännössä on todettu, että yksinkertaisetkin menettelykäytännöt, kun niistä on ennakoon sovittu, voivat selkeyttää toimintaa ja säästää kustannuksia olennaisesti.

Toimivat kokeilut, sujuvat prosessit - lisää vaikuttavuustietoa ja osaamisen johtamista

Kuulemistilaisuuksissa pohdittiin, millaiset hyvät *toimintatavat* ohjaavat sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuuteen, mukaan lukien eri ammattikuntien toimintakäytänteitä.

den ja vaikuttavuustiedon käytön edistäminen. Keskeistä on ylipäättään *tiedolla johtamisen* edellytysten parantaminen. *Asiakkaat ja potilaat tulee osallistaa palvelujen toteutukseen, ohjaukseen ja kehittämiseen.* Asiakkaille ja potilaille lisäarvoa tuottamattomat työvaiheet sekä *lainsäädännölliset esteet* sote-tietojen sujuvalta yhteiskäytöltä tulisi poistaa (yksi yhteinen rekisteri). Tarvittaisiinko alueellinen tietovarasto, jotta saataisiin esille ja vertailuun eri organisaatioissa tehtyjen interventioden vaikuttavuus? Toimintaa ja taloutta koskevat tiedot tulisi voida yhdistää. Tieto yksin ei riitä, sitä on myös systemaattisesti sovellettava. Koko sote-henkilöstön *kustannustietoisuutta* tulisi lisätä. *Vaikuttavuustutkimusta* tulisi lisätä ja suunnata niiden palvelujen tutkimukseen, joista aiheutuu suuret tai kasvavat kustannukset.

Mallia ja oppia tulisi uudistuksiin ottaa eri tahoilta sekä *laajentaa toimiviksi havaittuja keinoja* myös muihin asiakasryhmiin ja palveluihin: yksityiseltä sektorilta, jossa on esimerkiksi hyvää toiminnanohjausta ja osin hoitokäytäntöjä; työterveyshuollon hyvistä käytännöistä koskien varhaista ongelmiin puuttumista sekä sairauksien ja vammojen ennaltaehkäisyä sekä mahdollisesti muitakin hoitokäytäntöjen ja sairauslomien määrätymisen perusteltuja eroja sekä THL:n pilotoimista puheeksi ottamisen käytännöistä lapsiperheiden palveluissa. Miten varmistettaisiin, ettei unohdu se, että ihmisten elämää on myös työpaikoilla.

Kuinka saadaan henkilöstö innostumaan sote-uudistuksesta? *Johtaminen* ja erityisesti osaamisen johtaminen on tärkeää uudistuksen onnistumiseksi. Esimerkiksi takkuileva tietotekniikka syö henkilöstön motivaatiota ja tietojärjestelmät (ja osaaminen) tulisi saada kuntoon ennen uudistuksen toimeenpanoa. Ylipäättään *asenne ja kulttuurimuutos* ovat asioita, josta pitää keskustella: esimerkiksi lääkärin, sairaanhoitajien ja lähihoitajien roolit ovat nykyisin haasteelliset siinä, kuka saa tehdä mitään. *Henkilöstön tehtävärakenteissa* on kehitettävää, jotta erilaista osaamista osattaisiin käyttää hyväksi. Henkilöstöllä on tärkeä yhteys palvelujen laatuun ja esimerkiksi sosiaalityöntekijöiden vaihtuvuus on merkittävä ongelma, joka tulisi ratkaista.

Kattavaa ja ajantasaista tietoa sujuvasti

Kuulemistilaisuuksissa haettiin vastauksia siihen selvityshenkilöille esitettyyn kysymykseen, *millaisia tietoja ohjausmallissa tarvitaan*, että ne mahdollistavat sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen toimivuuden seurannan ja arvioinnin. Todettiin, että ohjauksen seuranta ja arviointia tärkeämpää on seurata ja arvioida uudistukselle asetettujen *strategisten tavoitteiden* toteutumista sekä tehdä tarvittaessa muutoksia operatiivisessa toiminnassa. *Toiminnan ja talouden* seuraamiseksi tarvitaan ajantasaista tietoa. Kunnille jää hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä *hyvinvointikertomusten* laatiminen – niihin tulisi satsata ja rakentaa kannusteita. Ohjaus- ja valvontaviranomaisten tarvitsema tieto tulisi syntyä luontevasti osana varsinaista toimintaa ilman, että tarvitaan siihen erikseen mittavia panostuksia tai virhemahdollisuuksia lisääviä välivaiheita. Sote-uudistuksen valmistelussa tietoperustaa ja tiedonhallintaa sekä toiminnan vaikuttavuuden mittausta ja arviointia pohditaan parhaillaan useammassa työryhmässä.

Kokonaisuuden ohjaus: toiminta, talous ja riskit

Kuulemisissa pohdittiin sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen kokonaisuutta, toiminnallisten ja taloudellisten tavoitteiden saavuttamisen varmistamista eri keinoin. Valtion ja kansantalouden riskianalyysissä (2015) on nostettu yhdeksi kansantalouden pääriskialueeksi julkisen sektorin ja talouden *kokonaisuuden hallinnan vaikeutuminen*. Kokonaisnäkemysten puute haittaa julkisen talouden hallintaa ja vakauttamista. Yhtenä valtiontalouden riskinä nähdään se, että hallinnon rakenteissa ja niiden uudistamisessa ei saavuteta tuottavuus- ja taloudellisuustavoitteita. Suunnittelu- ja ohjausjärjestelmät keskittyvät valtiontalouteen, mutta entä jos kuntatalouden - ja jatkossa myös itsehallintoalueiden - ohjausjärjestelmä ei onnistukaan tavoitteissaan (Valtion ja kansantalouden riskianalyysi 2015; 9–10, 13–14).

Oma riskinsä on arvion mukaan siinä, että esimerkiksi *sosiaali- ja terveydenhoitoa ohjaavat rahoitusasematavoitteet ja menorajoitteet eivät saa ajautua ristiriitaan perusoikeuksien kanssa*. Hallinnon uudistamisessa yhtenä riskinä on *yhteisen tahtotilan löytäminen ja aito yhteistyö* – etenkin, jos uudistukset ovat jatkuvasti toistuvia ja jos vanha rakenne jää pitkäksi aikaa elämään uuden rinnalle. Sote-uudistuksessa ratkaisujen pitkittyminen voi yhtäältä pysäyttää kehittämisen ja toisaalta aiheuttaa kunnille turhia investointeja (Valtion ja kansantalouden riskianalyysi 2015; 9-10, 13-14, 33). Tietojärjestelmien kehittäminen ja uusien hankinta on yksi esimerkki investoinneista, jotka ovat aiheuttaneet kunnille päänvaivaa muutoksen pitkittyessä (esim. Kauppila 2015, 44-46).

Itsehallintoalue ja sen osatekijänä laajasti sote-palvelut integroiva sote-alue on uusi toimija. Miten itsehallintoalueen suunnittelu- ja ohjausjärjestelmä onnistuu toimintaa ja taloutta koskevassa uudistustyössä? Miten nopeasti löytyy *yhteinen visio*, tahtotila ja aito monet raja-aidat ylittävä yhteistyö? *Talousarvio* on merkittävä resurssiohjauksen instrumentti. Talousarvion laadintaan vaikuttaa nykyisin kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa menevän suhteettoman suuri työpanos ja kehitettävää on siinäkin, miten tuon prosessin ketteryyttä voitaisiin tietojohdattamisella parantaa (esim. Kauppila 2015, 53-54). Toisaalta jo *järjestämispäätösten ja järjestämissopimusten laatiminen, toteuttaminen, seuranta, arviointi* ja niin varsinaisen palvelutoiminnan kuin hallinnollisten prosessienkin edelleen kehittäminen uusissa kokoonpanoissa on merkittävä yhteistyön näyte.

Hallinto on varsinaisen palvelutoiminnan tukija ja mahdollistaja - toki myös johtaja, ohjaaja ja kontrolloija – sekä hyvän kansallisen kilpailukyvyn merkittävä osatekijä (vrt. Valtion ja kansantalouden riskianalyysi 2015, 43). Uudistuvan hallintoprosessin tarkoituksenmukaisuus ja sujuvuus on pohdittava huolellisesti. Kuulemisissa nousi esille se, että *muutos ei saisi tuoda mitään perusteetonta lisätyötä, byrokratian lisääntymistä, hidasteita tai tarpeetonta jäykkyyttä sen enempää johtamiseen kuin palvelujen toteuttamiseenkaan*. Riskianalyysiä, riskienhallintaa ja ennakointia tarvitaan. Lisäksi tarvitaan rohkeaa vahvuuksiin nojautumista ja mahdollisuuksiin tarttumista. Jatkoon kaivataan systemaattista, osallistavaa ja ketterää tietojohdattamista, systemaattista tietojohdattamisen kehittämistä ja kehittämisen systemaattista, pitkäjänteistä johtamista (esim. sosiaalipalvelujen osalta Kauppila 2015, vrt. julkisen hallinnon osalta esim. Valtion ja kansantalouden riskianalyysi 2015; 43, 45).

2.1.3 Valvonnan kuulemistilaisuuden anti

Uudistuva valvonta: omavalvonta, riskianalyysi, yhteistoiminnallinen proaktiivisuus

”Valvonta uusissa rakenteissa” -kuulemistilaisuudessa (1.12.2015) painotettiin, että organisaatioiden *omavalvontaan* sekä omavalvonnan läpinäkyvyyteen ja julkisuuteen olisi satsattava jatkossa nykyistä enemmän. Samalla todettiin, ettei omavalvonta poista viranomaisvalvonnan tarvetta: parhaimmillaan ne täydentävät toisiaan niin, että kaikki osapuolet viimekädessä hyötyvät. Viranomaisvalvontaa olisi kuitenkin jatkossa kohdennettava nykyistä enemmän *ennakoivasti* - kokonaisvaltaiseen tarkastelutapaan perustuvien, järjestelmällisesti ja mieluiten mahdollisimman yhtenäisesti toteutettujen *riskianalyysien* pohjalta. Tällöin valvojat pyrkisivät asiantuntijatoiminnallaan vaikuttamaan jo ennalta siihen, että sosiaali- ja terveydenhuolto toimii tarkoitetulla tavalla (Vrt. esim. Pöysti 2015, 9).

Jatkossa julkisella sektorilla - ja sote-uudistuksen edetessä erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa – kysyntä kasvaa suhteellisen nopeatahtista päätöksentekoa tukevasta tiedosta (vrt. esim. Pöysti 2015, 9). Tilausta on tiedolle, joka on *oikea-aikaisesti saatavilla ja nopeasti jaettavissa, ja joka selkeästi ja luotettavasti paljastaa olennaiset näkökulmat*: tilannekuvan, millaisessa lähtötilanteessa ollaan, ja toisaalta riskianalyysistä ennakoiden, mitä olisi otettava huomioon, jotta päästäisiin tavoitteisiin. Tämä kehitys koskee myös sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontatoimintaa. Kuulemistilaisuudessa tuli esille, että lupa- ja valvontaprosesseja tulisi kehittää *asiakaslähtöisesti ja poikkihallinnollisesti sekä digitalisointia hyödyntä-*

en. Jatkossa älykkäät järjestelmät tekevät automaattisesti sitä, mitä nyt tehdään manuaalisesti eli automatisointi tulee jatkossa poistamaan esimerkiksi numeroiden tarkistamista ja varmentamista. Todettiin myös, että parhaillaan meneillään olevat digitalisaatiohankkeet eivät saisi vaarantua rakenteellisessa uudistuksessa.

Selvityshenkilöt pitävät tärkeänä sitä, että eri tahojen laatimien riskianalyysien sisältö saataisiin standardimuotoiseksi, jolloin niistä kaikista löytyisivät ainakin samat perusasiat. Toiseksi olisi perusteltua edellyttää tällaista määrämuotoista riskianalyysiä ja riskienhallintasuunnitelmaa sellaiselta toiminnalta, jota rahoitetaan julkisin varoin. Tämä palvelisi niin omavalvontaa ja organisaatioiden omaa ohjausta kuin niiden ulkopuolista viranomaisvalvontaa ja ohjaustakin. Sote-palvelujen monituottajamallissa tällaisen määrämuotoisen riskianalyysin ja riskienhallintasuunnitelman vaade voitaisiin kenties ottaa mukaan palveluhankintoja koskeviin tarjouspyyntöihin ja tilaus-/tuottamissopimuksiin.

Kuulemisessa kannustettiin tarkastelemaan valvontaa helikopterinäkökulmasta. Todettiin, että tulevaisuudessa uudenlaisen valvonta- ja ohjausotteen toteuttamiseen tarvitaan mm. *yhteisistä kansallisista linjauksista ja malleista sopimista*, toiminnan tavoitteet ja sisältö tulisi olla samat koko maassa – lakihan on sama kaikille. Myös kansallisen koordinaation vahvistamista ja prosessien katsomista kokonaisuutena uudistuksessa toivottiin. Arvioitiin, että nykyiset rakenteet eivät tue hyvää asiakaslähtöistä kehittämistä vaan toiminta on siiloutunutta. Itsehallintoaluetta ja valtiota enempää tasoja ei valvontarakenteeseen toivottaisi, esimerkiksi ympäristöön liittyvät hallintoasiat tulisi saattaa yhteen kokonaisuuteen. Ylipäätään ELY:n ja AVI:n erillisyyttä ei jatkossa kenties tarvittaisi. Todettiin, ettei valtiovarainministeriön esittelemä yhden keskusviraston malli ole kuitenkaan yksiselitteisen myönteinen tai ainoa ratkaisu. EU:n näkökulmasta arvioitiin parhaaksi, että yksi maksatusviranomainen hoitaisi kaiken.

Selvityshenkilöiden mukaan olennainen lähtökohta uudistuksessa on *eri tahojen motivaatio ja kyky toistensa työn hyödyntämiseen ja monitoimijaiseen yhteistyöhön*: pulmakohtien ja hiomista kaipaavien rajapintojen paljastaminen ennemmin luovien ratkaisujen ja kokeilujen näyttämöiksi (vrt. Tuominen 2015) kuin kaikilta resursseja hukkaavan vastakkainasettelun areenoiksi. Esimerkiksi generatiivisen ja jaetun johtamisen keinoin (ks. Sotarauta, Kosonen ja Viljamaa 2007) on näytettävä suuntaa, etsittävä mahdollisuuksia ja tartuttava niihin sekä tuettava, ohjattava ja kannustettava toimijoita yhtenäisiin prosesseihin kohti päämäärää – kaikilla tasoilla ja tahoilla. Tueksi tarvitaan konkreettisesti yhteisiä työprosesseja tukevia tietojärjestelmiä sekä analyysi-, arviointi- ja ennakointiosaamisen vahvistamista – myös rakenteellisten ja mahdollisten lainsäädännöllisten yhteistyön esteiden poistamista.

Kuulemistilaisuudessa todettiin, että valvonta ja ohjaus liittyvät toisiinsa, ja näin ollen molempia on syytä tarkastella yhdessä - ja toisaalta selkeyttää niiden rooleja. Pohdittiin sitä, että mitä ovat ohjausinstrumentit uudessa järjestelmässä ja mihin valvoja uutta toteutunutta toimintaa vertaa. Oikeusharkintaa käytetään laillisuusvalvonnassa, joka on muodollista edellyttäen selkeää normia taustalla. Substanssiasiantuntemusta edellyttävää tarkoituksenmukaisuusharkintaa käytetään siinä, kun arvioidaan esimerkiksi sote-palvelujen tuotoksia ja *asiakkaan oikeutta riittäviin sote-palveluihin*. Oma kysymyksensä on markkinavalvonta: kuinka se tullaan järjestämään, millaisia erityissääntelyjä tarvitaan uusien rakenteiden monituottajamallissa ja kuinka turvataan neutraliteetti yksityisten ja julkisten toimijoiden välillä.

Julkisella vallalla on vastuu seurata, arvioida ja kehittää toimenpiteidensä riittävyyttä ja vaikuttavuutta. Asiakkaiden ja potilaiden kohdalla yhdenvertaisuuden periaatteen (perustuslaki 6 §) toteutumista tultaneen sote-uudistuksessa arvioimaan paitsi palvelujen riittävyyden myös esimerkiksi palvelujen alueellisten erojen ja palvelujen hinnoittelun kannalta (vrt. Vuorinen, Salo ja Jouttimäki 2013). Tässä onnistumiseksi tarvittaneen paitsi *substanssin* myös muun muassa *alueiden ja palvelukontekstin* tuntemusta.

Yhdenvertaisuuden ja toisaalta hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamistavoitteen näkökulmasta mielenkiintoista tulee olemaan *tosiasiallisen yhdenvertaisuuden toteutuminen* ja esimerkiksi sen arvioiminen, miten rakenteellisten uudistusten myötä onnistutaan niin sanotussa *positiivisessa erityiskohtelussa*, eli jonkin tietyn ryhmän asemaa ja olosuhteita perustel-

lusti parantavissa toimissa (vrt. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen 2010, 43) ja miten ne näkyvät valvonta- ja ohjausinstrumenteissa. Selvityshenkilöt muistuttavat, että yhtenä arvioinnin ja resurssien kohdentamisen ohjenuorana on sovellettavissa sosiaaliturvan eettinen periaate: *”Mitä perustavammanlaatuiset inhimilliset tarpeet ovat uhattuina ja mitä heikommalla ovat yksilön omat voimavarat selvitä, sitä vahvemmat ovat yksilön oikeudet ja sitä selkeämpi on julkisen vallan velvollisuus järjestää toimeentulo ja sosiaali- ja terveyspalvelut”* (Oikeus ja kohtuus 2006, 26).

2.1.4 Potilas- ja sosiaaliasiamiestoiminta paremmin esille

Sekä valvontaan että ohjauksen kehittämiseen liittyvissä kuulemistilaisuuksissa selvityshenkilön huomiota kiinnitti se, ettei kuultavien tahojen puheenvuoroissa tullut esille potilas- ja sosiaaliasiamiestoimintaa, joilla kuitenkin pyritään turvaamaan potilaiden ja asiakkaiden asemaa ja oikeuksia palvelujärjestelmässä. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) on ollut voimassa vuoden 1993 maaliskuusta alkaen ja Laki Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) vuoden 2001 alusta lukien. Koko sote-uudistuksen asiakaslähtöisyys mielessä pitäen nämä kuitenkin tuottavat mitä merkittävintä käytännön palaute- ja kehittämistietoa sote-palveluista ja jatkossa myös uudistuksen etenemisen konkreettisista vaikutuksista (tai niiden puuttumisesta) palveluarkeen. Asiakkaiden avuntarpeet vaihtelevat:

”Köyhät, syrjäytyneet, mielenterveyskuntoutujat, päihdeongelmaiset ja vaikkapa kehitysvammaiset kansalaiset tarvitsevat tukea päästäkseen oikeuksiensa äärelle. He ovat esimerkkejä helposti ohitettavista asiakkaista. ‘Desibelidemokratian’ aikakaudella palveluja saavat ne, jotka pitävät kaikista kovinta ääntä ja joilla on jo valmiiksi hyvät tiedolliset valmiudet hakea tietoa ja soveltaa sitä. Toimintakykyisillä asiakkailla on myös ymmärrystä sekä keinoja ilmaista itseään oikeassa paikassa. Avuttomat henkilöt eivät hallitse palveluverkoston etikettiä eikä heidän huutonsa kuulu riittävän kauas. Avuttomia henkilöitä ovat lapset ja muisti- tai muutoin sairaat vanhukset, päihdeongelmaiset henkilöt sekä henkilöt, joilla on puutteita kognitiivisissa taidoissa, suuria vaikeuksia sosiaalisessa kanssakäymisessä sekä vuorovaikutuksessa.” (Kekki 2015, 78.)

Potilasasiamiehet ovat tähän saakka hoitaneet tehtävänsä yksikkökohtaisina kun taas sosiaaliasiamiehet on nimetty tehtäviinsä kuntakohtaisesti, toki useamman kunnan yhteisinäkin. Kysymys kuuluu, miten potilas- ja sosiaaliasiamiesten toiminnan yksittäistapauksista yleiselle tasolle nostetut kokemukset ja havainnot, saataisiin nykyistä vahvemmin kuulumaan ja järjestelmällisesti käyttöön palvelujen jatkuvan arvioinnin, suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja kehittämisen vaikuttavana tukena? Ainakin sosiaaliasiamiesten raportoinnin yhdenmukaistamisessa, digitalisoinnissa ja tietojen hyödyntämisessä olisi vielä kehitettävää (esim. Kekki 2015; 69-71, 77). Yksikkökohtaista laajemmin toimialueen ja toimenkuvan potilasasiamiesroolia on pohdittu aiemmin työryhmässä (esim. Pajukoski 2011), mutta toistaiseksi toimenpiteet puuttuvat.

Olisiko syytä harkita potilas- ja sosiaaliasiamiestoiminnan nostamista sote-järjestämislakiin eli soveltuvien osien muistutukseksi mukaan ”asiakasohjauksen” ohjausinstrumentteihin? Tarvitaisiinko uusiutuvissa rakenteissa integraation nimissä potilas- ja sosiaaliasiamies nykyistä laajemmalle toimialueelle ja nykyistä laajemmalla toimenkuvalla? Missä vaiheessa itsehallintoalueiden ohjausprosessissa olisi paikallaan kuulla tai pyytää lausunto potilas- ja sosiaaliasiamieheltä? Olisiko itsehallintoalue/sote-alue sopiva kotipesä yleisemmin alueellisesti potilaiden ja asiakkaiden oikeuksia ja asemaa tarkastelevalle potilas- ja sosiaaliasiamiehelle? Vai olisiko tarkoituksenmukaista, että tällainen ”alueasiamies” löytyisi vähintäänkin jokaiselta sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö- tai yhteisvastuualueelta eli esim. viideltä suuralueelta? Kytkettäisiinkö tällaisen suuralueen potilas- ja sosiaaliasiamies mahdollisiin uusiin itsehallin-

toalueiden yhteisiin neutraaleihin sote-osaamiskeskittymiin, jolloin varmistettaisiin tiedonkulku vallitsevista käytännöistä uusien kehittämiseen?

Laki asiakkaan asemasta ja oikeuksista *pyrkii edistämään asiakaslähtöisyyttä ja asiakassuhteen luottamuksellisuutta sekä asiakkaan oikeutta hyvään palveluun ja kohteluun sosiaalihuollossa* (1 §). Lakia potilaan oikeuksista ja asemasta sovelletaan potilaan asemaan ja oikeuksiin *terveyden- ja sairaanhoitoa järjestettäessä* (1 §). Kun sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä ohjataan uudella järjestämislailla, ja asiakaskeskeisyys on uudistuksen ydintä, voi pohtia, olisiko paikallaan sisällyttää asiakkaan ja potilaan oikeuksia koskeva sääntely joko soveltuvien osin tai kokonaan vahvaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiin.

3 EHDOTUSTEN PERUSTEET: SOSIAALIHUOLLON NÄKÖKULMA

Tarja Kauppila

Toimeksiannon aikataulu huomioiden viitteet edustavat selvityshenkilön poimintoja kirjallisuudesta sekä pohjautuvat sosiaalialan johtamis-, tutkimus-, koulutus-, kehittämis- ja työnohjaustyössä tehtyihin aikalaishavaintoihin ja kokemuksiin.

3.1 SOSIAALIHUOLTO MUUTOSTILANTEESSA

Kansanedustaja Tapani Töllin kuuluisaa lausahdusta lainaten: *”Siitä on lähdettävä, että tähän on tultu”*. Suomalaiset kunnat instituutiona täyttivät viime vuonna 150 vuotta. Myös sosiaalihuollon kunnalliset perinteet ovat pitkät. Käsitteen ‘huolto’ juuret ulottuvat yli sadan vuoden päähän 1910-luvulle ja käsitteen ‘sosiaalihuolto’ 1930-luvulle (Kröger 2014, 25) – ja edelleen käsite on käytössä. Nyt kuntien sosiaalihuolto on sote-uudistuksen myötä muutostilanteessa, joka tulisi kyetä hyödyntämään yksilöiden, yhteisöjen ja yhteiskunnan kannalta mahdollisimman hyvin.

Terveystenhuollossa on vuosikymmenten kokemukset kuntarajat ylittävästä hallinnollisesta organisoitumisesta, ensin kansanterveystyön kuntayhtymiksi ja sittemmin sairaanhoitopiireiksi. Merkittävä osa sosiaalihuollon palveluista on pitkään ollut yksittäisten kuntien ja vain rajallisessa joukossa kuntayhtymien tai yhteistoiminta-alueiden vastuulla. Kehitysvammahuollossa erityishuoltopiirit ovat toki toimineet vuosikymmeniä. Joka tapauksessa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämismallin siirtyminen itsehallintoalueille on suomalaisessa sosiaalihuollossa ja kuntatyössä historiallisen suuri muutos (vrt. Möttönen ja Kettunen 2014), jonka riskiä ja uhkia ei tule vähätellä eikä vahvuuksia ja mahdollisuuksia sivuuttaa. Ennakoivalla, systemaattisella ja monipuolisella ohjauksella on mahdollista vaikuttaa suotuisasti.

Paikalliselta tasolta eri puolilta maata kertyvä ja kasautuva kokemustieto on tärkeä kysymysten muotoilija ja kehittämisen voimavara myös kansalliselle sosiaali- ja terveyspolitiikalle sekä sote-uudistukselle. Kansallisen ja paikallisen välillä tarvitaan molempiin suuntiin kulkevaa tietoa ja monipuolista vuoropuhelua – jatkossa valtion, itsehallintoalueiden/sote-alueiden sekä kuntien välillä (vrt. Kananoja, Niiranen ja Jokiranta 2008, 237). Uudistuksessa on tärkeää varmistaa, että kuntalaisten ääni kuuluu palveluja kehitettäessä ja että kuntalaisten elämysyhteisöihin liittyvää kontekstintuntemusta ei kadoteta. Sosiaaliset ongelmat saattavat näyttää samanlaisilta eri puolilla maata, mutta kulloistenkin kustannusvaikuttavien ratkaisujen etsimisessä tarvitaan edelleen asiakaskunnan ja kontekstin tarjoamien mahdollisuuksien tuntemista sekä edelleen kehittämistä.

Tuore kyselytutkimus kuntalaisten näkemyksistä sosiaali- ja terveyspalveluista (Pekola-Sjöblom 2015) kertoo, että arvioissa on osin suuriakin vaihteluja erityyppisissä ja -kokoisissa kunnissa sekä eri vastaajaryhmillä. Kyselyyn vastanneilla kuntalaisilla on ollut vaikeuksia saada esimerkiksi mielenterveyspalveluja, mutta kun he ovat palveluja saaneet, kokemukset ovat olleet positiivisia. Kahdeksan kymmenestä kuntalaisesta on ylipäänsä tyytyväinen kunnallisiin terveyspalveluihin. Palveluja käyttäneet ovat tyytyväisempiä kuin he, joilta omakohdattaiset kokemukset puuttuvat. Myös sosiaalipalveluja käyttäneet olivat yleisemmin tyytyväisiä kuin tyytymättömiä. Toisaalta sosiaalipalvelujen käyttäjiä ei ole aina ollut helppoa saada vastaamaan kyselyihin: tässäkin tutkimuksessa heitä oli alle viisi prosenttiyksikköä kaikista vastanneista (Pekola-Sjöblom 2015).

Voi arvioida, että terveydenhuollossa yleisesti ottaen hallinnon koordinoitumpi (kuntayhtymät) järjestäytyminen sekä yhteiskunnan panostukset tutkimus- ja opetustoimintaan (niin kutsuttu evo-rahoitus tutkimukseen ja erikoiskoulutukseen) ovat osaltaan vahvistaneet alan ohjausta, tietopohjaa ja erityisosaamista. Sosiaalihuollossa on pääsääntöisesti edetty hajautuneemman ohjauksen (lukuisia kuntajärjestäjiä) sekä heiveröisemmin tuetun tietopohjan ja

erityisosaamisen kehittämisen varassa (ei ole ollut niin kutsuttua evo-rahoitusta). Sosiaalihuollossa on kaivattu perusteellisempaa tutkittua tietopohjaa ja siihen nojautuvaa yhtenäisempää toimintaa ja ohjausta. Lukuisa palvelujen järjestäjäjoukko on tuonut kirjavuutta. Sosiaalihuollossa on haettu yhteistä näkyä ohjaukseen muiden muassa normeista ja suosituksista, asiantuntijoiden vertaistuesta ja valtakunnallisilta ohjaustahoilta. Yhtenä ”laatukäsikirjana” on vuosikymmenet toiminut aikaisempi sosiaalihuoltolaki. Valvonnalla on ollut oma merkittävä roolinsa.

Tätä taustaa vasten on syytä todeta eri puolilta maata kunnista toistuvasti tuleva ajankohtainen huoli siitä, että työntekijät eivät koe saaneensa riittävästi tukea hiljattain uudistuneen sosiaalihuoltolain toimeenpanoon. Tässä on selkeä ja merkittävä informaatio- ja kehittämisohjauksen paikka, jotta normiohjaus toteutuisi toivotusti. Koulutuksen toteuttamiseen on myös resursoitava voimavaroja eri tahoilla, mukaan lukien sosiaalityöntekijöiden työnantajat.

Kunnissa muodolliset kelpoisuusehdot täyttävistä sosiaalityöntekijöistä on yleisesti ottaen jatkuva pula ja etenkin lastensuojelun kohdalla on peräänkuulutettu pätevää työvoimaa. Valviran havaintojen (10.11.2014) mukaan kolmannes työntekijöistä lastensuojelussa ei täyttänyt kelpoisuusvaatimuksia. Myös työntekijöiden vaihtuvuus on ongelmana. Käytännön kehittämistyön kokemus kertoo, että taustalla voivat olla esimerkiksi pitkittyneesti vaativiksi koetut työolot kuten ”liian yksin” työskentelemisen kokemus (pienet kunnat, ei riittävästi kollegiaalista tukea), laaja ja haasteellinen toimenkuva (esimerkiksi lastensuojelu), maltillinen tai matala palkkaus, puutteelliset urakehitysmahdollisuudet, liian suuret asiakasmäärät ja osaamisen kehittämisen vaikeudet (ei sijaisia, ei riittävästi koulutusmäärärahoja) (vrt. Konstikas sosiaalityö, 2005). Työn tai oman osaamisen kehittämisestä ei ole sosiaalihuollossa ollut tapana merkittävästi palkita – toki poikkeuksia löytynee.

Joissakin kunnissa on ennakoitu tulevan vielä nykyistä suurempia vaikeuksia saada sosiaalityön paikkoja täytetyiksi sosiaalihuollon ammattihenkilöistä annetun lain (2015) voimaan tulon jälkeen eli vuoden 2016 alusta. Huoli liittyy erityisesti uuden lain pykälään 12, jonka mukaan jatkossa sosiaalityöntekijän ammatissa voi tilapäisesti toimia vain sosiaalityöntekijän ammattiin opiskeleva, aineopinnot ja käytännön harjoittelun suorittanut henkilö. Tätä ei voitane pitää mitenkään kohtuuttomana vaatimuksena, kun tilannetta katsotaan haasteellisissa elämäntilanteissaan apua hakevien asiakkaiden näkökulmasta: mahdollisimman asiantuntevaa palvelua kaivataan. Voimavaroja kannattaisi eri tahoilla satsata epäpätevien työntekijöiden pätevöitymiseen sen sijaan, että murehditaan uutta normia. Laki on tärkeä: lähes kaksikymmentä vuotta kestänyt projekti saatiin näin myönteiseen päätökseen (esim. Mäntysaari 2015). Sen päätavoitetta ja henkeä ei tulisi alalla horjuttaa pohtimalla keinoja kelpoisuusehtojen systemaattiseksi kiertämiseksi – ei edes sijaisuuksissa.

Resurssien niukkuus on vuosien varrella myös ruokkinut luovuutta. Parhaimmillaan on etsitty osaavat kumppanit, kehitetty avainkumppaneiden kanssa yhdessä, mistä on suhteellista etua jatkossa. Innovaatioita kaivataan kipeästi, eivätkä ne yleensä synny yksin. Sosiaali- ja terveydenhuollossa vuosien saatossa merkittäviksi osoittautuneet innovaatiot ovat olleet lähes aina ryhmätyötä (Taipale ja Hämäläinen 2007, 8). Sosiaalihuollon näkökulmasta sote-uudistukseen liittyy myös merkittäviä toivon näköaloja. Moniin nykyisiin pulmiin voi rakenteellisen uudistuksen, asiakasohjauksen monipuolistumisen, peruspalvelujen vahvistamisen, perus- ja erityispalvelujen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarkoituksenmukaisen integroimisen sekä tutkimuksellisen kehittämisohjauksen lisäämisen kautta löytyä merkittäviä ratkaisuja ja voimavaroja.

3.2 ASIAKKAAN ASEMA: HEIKKOJA ON PUOLUSTETTAVA

Vuosia sitten STM:ssä pohdittiin merkittävällä sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijajoukolla Hyvinvointi 2015 -ohjelmaa. Silloin hyvinvointipolitiikan laajoiksi tavoitteiksi listattiin 1) toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistäminen, jolla turvattaisiin mahdollisuus itsenäiseen ja ihmisarvoiseen elämään kaikissa elämänvaiheissa myös vammaisille ja vajaakuntoisille, 2) työelämän vetovoiman ja joustavuuden lisääminen, 3) köyhyyden ja syrjäytymisen ehkäisy sekä 4) riittävän ja monipuolisen hoivan ja toimeentulon turvaaminen kaikissa elämänvaiheissa. (Hyvinvointi...2007, 28.) Näissä teemoissa riittää tehtävää tulevaisuudessakin.

Monesti ohjelmaohjaus on strategisella tasolla selkeyttävää ja sellaisenaan hyödyllistä pohdintaa - joka on kuitenkin riskissä vain sellaiseksi jäädä, ellei operatiivista toimintaa riittävästi johdeta ja resursoida (vrt. Heinämäki 2012 ja 2015). Sosiaalihuollon tehtävänä on huolehtia myös heikompiosaisista. Heikot tarvitsevat puolustajaa, eivät vahvat. Sote-uudistuksessa on tärkeä huolehtia siitä, että hyvinvointi- ja terveyserot eivät palveluihin kohdistuvan monimuotoisen muutostilanteen vuoksi heikkene. Näin ajankohtaisesta tilanteesta kantoi huolta arvostettu erityisasiantuntija, joka lähestyi selvityshenkilöä sähköpostitse:

”Huoleni ovat hiljaiset ryhmät, syrjäytyvät ja syrjäytyneet, häpeän alla ja toimintakyvyn rajoilla elävät. Heillä ei ole välttämättä voimavaroja pitää yllä monipuolisen palvelun nyörejä, mutta nämä ihmiset muodostavat ryhmän jotka tekevät suuren loven kansantalouteen. Mielen-terveyspotilaiden terveysongelmat eivät ole oikein kenenkään käsissä. (...)Valitettavan usein heitä autetaan vasta kun ainoa vaihtoehto on MI-lähetä tahdosta riippumattomaan hoitoon. Esimerkit kertovat että varhain puuttumalla voitaisiin pakkohoitoa vähentää merkittävästi (ja samalla kustannuksia). Päähdepotilaat ovat vielä huonommassa asemassa: kukaan ei halua hoitaa heitä, mt-puolelta lähetetään päihdekuntoutukseen, sosiaalipuolelta terveydenhuoltoon. Poliisi kai heitäkin eniten hoitaa. Päihdesyrjäytyminen alkaa jo varhain, kouluissa pitäisi tähän jo puuttua. Heidän asioidensa hoitaminen ei ole helppoa, ja helposti syytetään sitä että päihdeongelma on henkilön omaa syytä. Arkeen vaikuttamalla voidaan päästä hyviin tuloksiin. Kun ihminen on saanut haimatulehduksen ja sen seurauksena diabeteksen ja tusinan muita tauteja, on hoito tosi ongelmaista ja kallista.” (sähköpostiviesti selvityshenkilölle 10.12.2015).

Sosiaalityön asiakkuussuhdetta on pohdittu yksilöllisten, yhteisöllisten, ammatillisen ja yhteiskunnallisten tekijöiden vuorovaikutteisuudessa syntyvänä ja kohtaamisissa, tilanteittain rakentuvana (Ks. esim. Laitinen ja Niskala 2013). Johtolankoja asiakkaiden osallisuuden vahvistamiseen ovat arvostavat kohtaamiset ja niiden kautta rakentuva luottamus (Jämsén ja Pyykkönen 2014, 196). Kaikkein haavoittuvimmassa asemassa olevien asiakkaiden kohdalla jo työntekijävaihdoksetkin voivat olla kriittisiä: miten kulkee tieto muutosvaiheissa, miten uusi yhteistyösuhde syntyy, miten vuorovaikutus toimii ja miten asiakas sitoutuu yhteistyöhön.

Asiakkuutta väitöskirjassaan tutkinut Valkama (2012, 77–81) totesi käsitteen ylipäättään moniulotteiseksi, kontekstisidonnaiseksi ja osin pulmalliseksi suhteessa sosiaali- ja terveydenhuollon käytäntöihin ja normeihin. Asiakkuuteen liitetään yleensä aktiivisuus, mahdollisuus valita ja vaikuttaa sekä osallisuus. Asiakkaalta odotetaan aktiivisuutta, mutta joskus se voidaan tulkita liialliseksi vaativuudeksi ja hankaluudeksi. Valinnanmahdollisuudet julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa ovat kuitenkin olleet suhteellisen vähäiset ja usein välilliset: palvelut perustuvat ammattilaisen harkintaan ”portinvartijana” ja asiakkaan tulee täyttää tietyt kriteerit ollakseen oikeutettu palveluihin. Hyvinvointiin liittyvien palveluiden saamisen edellytyksenä ei voi olla tietty toimintakyky tai riittävä tiedollinen osaaminen. Kaikille kansalaisille saavutettavissa olevat palvelut turvaamaan pyrkivä järjestelmä ei voi viimekädessä nojautua yksilölliseen kyvykkyyteen ja yksilölliseen oikeuteen tehdä valintoja. Joskus raja yksilön vastuun korostamisen ja yhteiskunnan hylkäämäksi joutumisen välillä voi olla hiuksenhieno. Tutkija

päätyi suosittamaan sosiaaliturvan eettisen periaatteen (Oikeus ja kohtuus 2006, 26) pitämistä ohjenuorana (Valkama 2012; 68, 77–81).

Jos asiat eivät yritysten jälkeenkään suju, on asiakkaalla mahdollisuus kääntyä esimerkiksi sosiaaliasiamiehen puoleen. Sosiaaliasiamiestoiminta on merkittävä palvelu sosiaalipalvelujen asiakkaan aseman ja oikeuksien toteutumisen kannalta. Toiminnassa on havaittu paljon vahvuuksia ja mahdollisuuksia ja sen vuoksi sitä olisi nyt syytä kehittää eteenpäin (vrt. Kekki 2014). Riippumattoman asemansa ansiosta sosiaaliasiamiehet voivat käytännössä edistää asiakkaiden oikeuksia ja tuoda arvokasta tietoa myös sote-uudistuksen käyttöön (ks. luku 2.1.4).

Tuleva perustoimeentulotuen myöntämisen ja maksamisen Kela-siirto vuoden 2017 alusta pohdituttaa sosiaalihuollon asiantuntijoita kunnissa ja laajemminkin: kuinka toimittaisiin viisaasti ennakoiden niin, että kaikkein heikoimmat eivät jäisi muutoksen jalkoihin ja oman onnensa nojaan? Kysymys on hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisen kannalta tärkeä. Siirron yhteydessä on mahdollista, että kuntien aikuissosiaalityön resursseja vapautuu jonkin verran toimeentulotuen perusosan laskemisesta. Olisi erittäin tärkeää suunnata tämä resurssi systemaattisesti aikuissosiaalityön vahvistamiseen ja asiakkaiden ”saattaen vaihtamisesta huolehtimiseen” sen sijaan, että juuri näistä vakansseista alettaisiin hakea säästöjä. Kysymys on yhteiskunnallisista perusarvoista, moraalista ja oikeudenmukaisuudesta, mutta myös välittämisestä osana sosiaalisesti kestävästä kehitystä (vrt. Pohjola ja Särkelä 2011, 309).

Paljon palveluja käyttäviä asiakkaita – tai kenties haasteellisia elämäntilanteita, joihin on toistaiseksi kyetty vastaamaan hajanaisella ja sellaisenaan kalliilla palvelutarjontayhtälöllä – tulisi tunnistaa palvelujärjestelmästä, tunnustaa tilanne ja ryhtyä yhdessä eri tahojen kanssa etsimään kustannusvaikuttavia ratkaisuja. Sosiaali- ja terveystieteiden legitimeettiä punnitaan jatkossakin sillä, kuinka hyvin onnistutaan sosiaali- ja terveyserojen kaventamisessa – tavoite on sote-uudistuksen kovaa ydintä. Toisaalta, kun kyse on paljon palveluja sisältävistä ja siten kustannuksia kerryttävistä asiakastilanteista, ollaan myös merkittävästi kustannusvaikuttavien ratkaisujen jäljillä. Sosiaalialan työhön kannattaa satsata.

3.3 OSAAMISTA JA TIETOPOHJAA ON VAHVISTETTAVA

Sote-uudistuksessa tulisi vahvistaa peruspalveluja. Huomiota tulisi kohdentaa siihen, millaisella osaamisella erilaisia asiakastilanteita olisi kustannusvaikuttavinta hoitaa. Kaikkein ei tarvita korkeimmin koulutettua erityisosaajaa, mutta toisaalla satsaus erityisosaajaan voi tuottaa merkittäviä muutoksia niin palvelujen vaikuttavuudessa kuin niiden aiheuttamissa kustannuksissakin. Mitä on sosiaalialan erityisosaaminen? Kysymystä pohtinut Virpi Filppa (2001, 71) on kytkenyt siihen palvelurakenteet ja erityisosaamisen saavutettavuuden:

”Sosiaalialan erityisosaaminen voidaan nykyisessä yhteiskunnallisessa toimintaympäristössä määritellä kansalaisten monimuotoisista tarpeista lähteväksi ammatilliseksi osaamiseksi, joka ilmenee työn sisällöllisenä vaatimuutena. Palvelurakenteet mahdollistavat erityisosaamisen saavutettavuuden.”

Filpan (2001, 3) mukaan erityisosaamista osoittavat piirteet ja ulottuvuudet voidaan eritellä työn sisältöä ja työprosessia koskeviksi tiedoiksi, taidoiksi, arvoiksi, kontekstuaalisuudeksi, reflektiivisyydeksi, monipuolisuudeksi, joustavuudeksi, luovuudeksi, teoreettisuudeksi, orientaatiopohjaksi ja ammatillisuudeksi. Toimintaympäristön ja sote-palvelujen rakenteiden muutokset haastavat sosiaalialan perus- ja erityisosaamisen kehittämisen. Olisi erittäin tärkeää lisätä esimerkiksi sosiaali- ja terveystaloustieteen opintoja niin perus- kuin jatko- ja täydennyskoulutuksen opintotarjontaan. Koulutus on merkittävä kehityksen ohjaaja ja uudistuvan käytännön työn tuki.

Sosiaalityön rooli on sosiaalialalla erityinen, koska sosiaalityöntekijä on alan ainoa akateemisesti koulutettu ammattilainen. Hämäläisen (2013, 67) mukaan tutkimusperustaisen sosi-

aalityön toimintakonsepti ei palaudu aivan yksin todennettuun tietoon perustuvan Evidence Based -ajattelutavan kanssa, vaikka se sisältää samoja periaatteita, kuten ajatuksen näyttöön perustuvasta päätöksenteosta sekä pyrkimyksen löytää tutkimuksen avulla mahdollisimman hyvin tarkoitustaan vastaavat työmuodot ja -käytännöt. Sosiaalityössä tutkimusperustaisuus on laajempi asia kuin vain näyttö- ja vaikuttavuuskysymys. Kyse on koko alan läpäisevästä akateemiseen työskentelyyn perustuvasta ammatillisesta kulttuurista. Tutkimusperustaisessa ajattelussa sosiaalityöllä nähdään oma erityinen tehtäväkenttensä ja positionsa akateemisesti koulutettujen ammattiryhmien joukossa, ja sosiaalityöntekijät nähdään tasavertaisina yhteistyökumppaneina akateemisesti koulutettujen alojen kanssa (Hämäläinen 2013, 67). Tutkimus on merkittävä koulutuksen ja käytäntöjen ohjaaja.

Arviot esimerkiksi aikuissosiaalityön kehittämisen arjesta (Rautajoki, Suojanen ja Kivipelto 2014, 113) kertovat, että sosiaalialan työssä hyödynnetään vielä liian vähän tutkimustietoa, ja käytännön toimijat eivät aina saa kiinni siitä, miten tietoa oikeastaan voitaisiin tuottaa ja hyödyntää nykyistä enemmän tai vaikuttavammin. Edelleen, sosiaalihuollossa tarvitaan tutkittua tietoa palvelujen vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta. Kun vaikuttavuustietoa halutaan, on huomattava sen edellyttävän tutkimuksen tuottamaa analyysiä. Vaikuttavuuden analyttinen hallitseminen esimerkiksi sosiaalityössä on odottaa vielä alan tutkimuksen vahvempaa legitimaatiota hallintokäytännöissä sekä toisaalta tutkimusten nykyistä parempaa tiedollista peittävyyttä (Pohjola 2012, 38).

Kivipelto ja Kotiranta (2014, 176) arvioivat sosiaalihuollon menetelmien arviointiin paneutuneen, aikanaan Stakesin toimesta projektina käynnistyneen Finsoc-toiminnan (1997-) ansioksi sen, että Suomeen rantautui alan sisältä tuleva, käytännön toimintaan kytkeytyvä arviointinäkemys ja luotiin maaperä sosiaalityön ytimeä nousevalle vaikuttavuuden arvioinnille. Kansallisessa projektissa oli jo mukana muiden muassa sosiaalityössä asiakastyön vaikuttavuuden arviointiin ja parantamiseen tietotekniikan avulla paneutunut aluepilotointi (Kauppila 2000 ja 2001). Jälkeenpäin voi arvioida, että tuolloin suhteellisen pienillä taloudellisilla resursseilla, mutta sitäkin tiiviimmällä ja innokkaammalla kansallisen ja alueellisen tason asiantuntijayhteistyöllä käytiin rohkeasti vaativien tutkimus- ja kehittämisaiheiden kimppuun.

Kivipellon ja Kotirannan (2015, 176–177) mukaan 2010-luvulle tultaessa vaikuttavuuden arviointi nousi keskeiseksi vaateeksi lähes kaikissa valtakunnallisissa linjauksissa ja ohjelmissa, mutta samaan aikaan edellytykset, panostukset ja eri ministeriöiden tuki sosiaalityön vaikuttavuuden ja arvioinnin tutkimukseen ja kehittämiseen ovat – vastoin perusteltuja tarpeita – jopa supistuneet. Esimerkiksi kansallisestikin merkittävää työtä tehnyt Helsingin sosiaaliviraston arviointiyksikkö lakkautettiin sosiaali- ja terveystieteiden yhdistyessä. Stakesin ja KTL:n fuusioituessa Terveiden ja hyvinvoinnin laitokseksi (THL) Finsocin laaja-alaisen yhteistyötoiminnan luonne supistui muutaman hengen Finsoc-tiimiksi osana Menetelmien ja käytäntöjen arviointiyksikköä. Tiimin työ on sittemmin tuottanut esimerkiksi aikuissosiaalityön vaikuttavuuden arviointiin niin sanotun AVAIN-mittarin (ks. Kivipelto, Blomberg, Karjalainen ja Saikkonen 2013). Lisää tutkimusta ja kehittämis-yhteistyötä vaikuttavuudesta tarvitaan. Tähän korkeakoulujen tutkimuksella ja koulutuksella sekä sosiaalialan osaamiskeskusten asiantuntijaverkostoilla on annettavaa.

Sosiaalipalveluista kertyvään asiakastietoon ja sen sähköiseen hyödynnettävyyteen, tiedonhallintaan ja tietojohdantamiseen liittyvää kehittämistyötä on vielä paljon (ks. esim. Kauppila 2015). Sosiaalihuollon tietopuutteet on useaan otteeseen sote-uudistuksen valmisteluvaiheissa valittaen todettu. Viimeksi tämän selvitystyön kuulemistilaisuudessa 10.12.2015 tilanne pohditti eri asiantuntijatahoja. On selvää, että tietopohjaan liittyvät hankaluudet sote-uudistuksen alkuvaiheissa jopa kertaantuvat, kun palvelutarpeista ja toteutuksesta tulisi saada maakunnan laajuista tietoa ja tietoa myös valtakunnan tarpeisiin.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos totesi (Seppälä ja Pekurinen toim. 2014, 46) rahoitusjärjestelmän uudistamisen haasteelliseksi siksi, että nykyisen rahoitusjärjestelmän osalta puuttuu tietoa merkittävistä rahavirroista - puutteet paikantuivat vanhuspalvelujen ja sosiaalipalvelujen ongelmakohtien esille saamiseen ja ongelmien taloudellisen suuruusluokan hahmottamiseen.

Huomiota kiinnitettiin siihen, että vanhustenhuollon, sosiaalihuollon sekä mielenterveys-, päihde- ja kuntoutuspalvelujen menoista ja rahoituksesta olisi tarpeen koota nykyistä selvästi yksityiskohtaisempaa tietoa koko maan tasolla. Tehtävä arvioitiin vaativaksi, koska tilastoviranomaiset eivät nykyisin kerää riittävän yksityiskohtaista tietoa näistä palveluista. Lisäksi huomautettiin, että tietopuutteita paikkaavaan selvitystehtävään tulisi varata riittävät ajalliset ja ajalliset voimavarat. Puutteet sosiaalihuollon ja sosiaali- ja terveydenhuollon rajapintoihin osuvien palvelujen tiedoissa hankaloittavat koko sote-rahoitusjärjestelmän uudistustyötä. (Seppälä ja Pekurinen toim. 2014, 46–47).

Tietohallinnolla on kaiken kaikkiaan keskeinen rooli itsehallintoalueiden järjestämisvastuun piiriin kuuluvien palveluiden ja niiden digitalisaation mahdollistajana sekä kehittämiskumppanina. Kansallisen ohjauksen osalta on syytä tavoitteella vahvaa, nykyistä toimivampaa ja vaikuttavampaa ohjausta. Tämä ei kuitenkaan saisi estää itsehallintoalueilla perustellusti tapahtuvaa kehittämistyötä ja innovointia. Sosiaali- ja terveysministeriön Sote-tieto hyötykäyttöön -strategian toimeenpano sekä alueiden, kuntien, Kuntaliiton ja sosiaali- ja terveysministeriön AKUSTI-tietohallintoyhteistyö ovat kaivattuja edistysaskeleita. Sosiaalihuollon tiedonhallinnan kehittämisessä THL/OPER tekee merkittävää käytännön yhteistyötä eri tahojen kanssa. Esimerkiksi sosiaalihuollon asiakasasiakirjalain toimeenpanon tueksi sosiaalialan osaamiskeskukset toteuttavat parhaillaan sosiaalialan työn kirjaamisen valmentamiseen koko maassa paneutuvaa Kansa-koulu -hanketta, jota rahoittaa THL/OPER. Hanke on merkittävä kansallisen ja alueellisen tiedonhallinnan kehittämis-yhteistyön pilotti. Sote-uudistuksen valmistelussa tietohallinnon ohjausta pohditaan erityisesti Digitalisaatio, ICT-palvelut ja tietohallinto (SoteDigi) -ryhmässä.

3.4 KEHITTÄMISTYÖTÄ ON KOORDINOITAVA

Sosiaali- ja terveydenhuollon laaja uudistus haastaa myös kehittämistoiminnan. Kehittämisoaamista tarvitaan uudistuksen toteuttamisen ja jatkossa toiminnan jatkuvan kehittämisen tueksi. Kehittämistoiminnalla voidaan ohjata kehitystä haluttuun suuntaan. Tässä onnistumiseksi myös kehittämistoimintaa on koordinoitava niin valtakunnallisesti kuin alueellisesti (itsehallintoalue, sote-alue) ja paikallisesti (kunta). Sosiaali- ja terveydenhuollossa muiden muassa lakisääteiset sosiaalialan osaamiskeskukset ja sairaanhoitopiireihin sijoittuneet perusterveydenhuollon yksiköt ovat toimineet työn kehittämisessä kuntien tukena. Molempien tahojen osaaminen on syytä kytkeä kiinteäksi osaksi uudistuksen toteuttamista ja huolehtia, että työn jatkamisen perusedellytykset tulevat turvatuksi tulevassa järjestämislaissa. On myös lukuisia muita tahoja, joiden osaaminen on saatava vaikuttavasti mukaan yhteiseen kehittämiseen. Toimivan yhteistyön koordinaation merkitys korostuu.

On tärkeä vahvistaa tutkimuksellista kehittämistoimintaa. Tutkimuksellisella kehittämistoiminnalla tarkoitetaan tiedontuotantoa, jossa kysymyksenasettelut nousevat käytännön toiminnasta ja rakenteista – tässä tapauksessa sosiaali- ja terveydenhuollosta. Tällöin ei puhuta (vain) tutkimustiedon soveltamisesta vaan uudesta tiedonmuodostuksen tavasta, jossa tutkimus on selkeästi uudistustyötä avustavassa roolissa. Pääpaino on kehittämistoiminnassa, jossa ja jonka tueksi hyödynnetään tutkimuksellisia periaatteita ja menetelmiä. Tällöin konkreettinen kehittämistoiminta on se, joka määrittelee tutkimuksen asetelmat ja reunaehdot (vrt. Toikko 2009, 21–22).

Koordinointia ja yhteistyötä olisi syytä vahvistaa niin, että alueilta löytyy konkreettinen vastinpari yhteistyöhön alueellisten ja valtakunnallisten tahojen kanssa. Resursseja ei ole hukattavaksi. Osaan haasteista itsehallintoalueet yksin ovat liian pieniä toimijoita. Osa tehtävistä on hoidettava yhtä useamman itsehallintoalueen ja muiden toimijoiden yhteistyönä. On myös huolehdittava toimivasta työnjaosta: kaikkien ei kannata käyttää resurssejaan samoihin kehittämiskohteisiin. Viisi alueellista sote-osaamiskeskitymää voisi olla toimiva ratkaisu.

3.5 VISIOITA JOHTAMISEEN

”Suuriin muutoksiin liittyy suuria riskejä, mutta luulen, että suurimmat riskit liittyvät pyrkimykseen pitää kaikki muuttumattomassa tilassa. Rohkaisisin vaikka vain leikkimielellä ajattelemaan myös suurremontin mahdollisuutta.” (Lehto 2005, 95.)

Talous puhuttaa ja usein jopa ohjaa monessa. Viime vuosina on tuotu esille sitä, että talouskasvun ja sitä edistävien rakennemuutosten katsotaan liittyvän muiden muassa uuden teknologian käyttöön ja siihen kytkeytyviin innovaatioihin. Korkmanin (2013, 127) mukaan mahdollisuudet talouden uusiutumiseen riippuvat kuitenkin monesta tekijästä, so. koko kansantalouden ja sen eri markkinoiden toimivuudesta, korruptoimattomasta hallinnosta, omaisuuden ja henkilön suojasta, hyvin toimivasta koululaitoksesta ja yliopistosta, avoimuudesta suhteessa ympäröivään maailmaan, hyvistä liikenneyhteyksistä sekä siitä, miten vakaat pelisäännöt ovat politiikassa ja taloudessa (ennakoitavuus) (Korkman 2013, 127).

Kansantalouden kuvio on monimuotoinen kokonaisuus. On mielenkiintoista miettiä, millaisia vaikutuksia olisi sillä, jos suomalaiset sote-osaajat onnistuisivat yhdessä uudistamaan toimintaansa hyödyntämällä merkittävästi, laajasti ja vaikuttavasti uutta teknologiaa innovatiivisesti hyödyntäen. Vuosia monin tavoin sosiaalihuollon tiedonhallinnan kehittämisessä mukana olleena voi todeta, että siinä kansainvälinen kärki ei välttämättä ole kovin leveä eikä toivotoman kaukana. Työn arjessa kannattaisi satsata kokeiluihin (vrt. Tuominen 2015): useimmiten innovaatiot piileksivät rajapinnoilla/saumakohtissa, joita sosiaali- ja terveydenhuollossa kohdataan.

Vision ja johtamisen merkitystä ei voi liiaksi sosiaalihuollon osalta korostaa. Usein kehittäjä kuulee alan johtajien keskuudessa mainittavan, että nyt uudistuvasta sosiaali- ja terveydenhuollosta puuttuu vielä yhteisesti jaettu vahva visio. Rohkealla tulevaisuuteen katsomisella on johtamisessa paikkansa (ks. esim. Kekomäki 2016). Vetovoimaisen vision rakentamiseen, siihen liittyviin ja sitä avaaviin narratiiveihin kannattaisi satsata. On tärkeää, että valtakunnan tason vision lisäksi ja siihen kytkeytyen myös uudella itsehallintoalueella/sote-alueella luodaan vetovoimainen, työtä ohjaava ja energisoiva tulevaisuuden näköala.

On kiinnitetty huomiota siihen, että nykyisin kunnissa ja kuntayhtymissäkin sosiaalijohtajat alkavat olla katoavaa kansanperinnettä: eläköitymisten myötä virkoihin ei ole enää välttämättä valittu uusia sosiaalipoliitikkoja ja virkanimikkeitä on muutettu. *Sosiaalihuollossa huoli on koskenut sitä, oheneeko yhteiskuntatieteellinen osaaminen niin paljon, että siitä voi seurata riskejä sosiaalisten ongelmien ennakoinnissa ja pitkällä tähtäimellä kustannusvaikuttavien ja kestäväen kehityksen ratkaisujen hakemisessa* (vrt. esim. Möttönen ja Kettunen 2014).

Yhteiskuntatieteellistä osaamista tarvitaan jatkossakin, etenkin suurten yhteiskunnallisten uudistusten yhteydessä ja niiden johtamisessa. Niiranen (2013a, 34) toteaa osuvasti: hallintojärjestelmä on virallisesti se väline, jonka kautta välittyy poliittisten päättäjien tahto ohjaamaan muutosta. Näin ollen reformeissa on kysymys myös vallasta, valta-asemien saavuttamisesta, säilyttämisestä ja vahvistamisesta – tässä yhteydessä myös sosiaalipolitiikan osalta. Sote-integraation toteuttaminen edellyttää käytännössä jaettua ja uutta luovaa johtajuutta:

”Pystyäkseen toimimaan uutta luovasti, generatiivisesti, johtajien tulisi nauttia muiden toimijoiden luottamusta, omata näkemystä tulevaisuudesta ja kyetä luomaan sellaisia toimintatapoja, että visiot kääntyvät käytännössäkin konkreettiseksi toiminnaksi” (Sotarauta ym. 2007, 37).

Tärkeää uudistustyössä on toivon näköala ja onnistumisten noteeraaminen. Raporttiin liittyy lyhyt kertomus (liite 4), joka on tuore näyte sosiaalihuollossa vielä melko harvinaisen Lean-johtamisfilosofian ja menetelmien toimivuudesta palvelujen kehittämisessä.

4 EHDOTUSTEN PERUSTEET: TERVEYDENHUOLLON NÄKÖKULMA

Anja Tuulonen

Toimeksiannon aikataulu huomioden systemaattisen kirjallisuuskatsauksen sijasta viitteet edustavat selvityshenkilön vuosien varrella keräämiä poimintoja kirjallisuudesta (sisältäen eri aiheista julkaistuja systemaattisia kirjallisuuskatsauksia) liittyen kliinisessä sekä johtamis- ja tutkimustyössä tehtyihin havaintoihin ja kokemuksiin.

4.1 PERUSTEHTÄVÄ JA TAVOITE – HYVINVOINNIN EDISTÄMINEN

Pääministeri Sipilän hallitusohjelma on asettanut sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen strategiseksi tavoitteeksi lisätä kansalaisten terveyttä, hyvinvointia ja yhdenvertaisuutta siten, että suomalaiset voivat paremmin ja kokevat pärjäävänsä erilaisissa elämäntilanteissa.

Vastuu Suomen yhteisen hyvinvoinnin edistämisestä on perustuslain mukaan ’julkisella vallalla’, jonka tehtävä on turvata perusoikeudet: 2§ oikeus osallistua ja vaikuttaa yhteiskunnan ja elinympäristön kehittämiseen, 6§ yhdenvertaisuus lain edessä (sukupuoli, ikä, alkuperä, kieli, uskonto, vakaumus, mielipide, terveydentila, vammaisuus tai muu henkilökohtainen ominaisuus), 7§ oikeus elämään, henkilökohtaiseen vapauteen ja turvallisuuteen, 9§ vapaus liikkumiseen ja asuinpaikan valintaan, 10§ yksityiselämän, kunnian ja kotirauhan turva, 11§ uskonnon ja omantunnon vapaus, 12§ sananvapaus, 14§ oikeus äänestää, 13§ kokoontumis- ja yhdistymisvapaus, 15§ omaisuuden turva, 16§ maksuton perusopetus sekä tieteen, taiteen ja ylimmän opetuksen vapaus, 17§ oikeus kieleen ja kulttuuriin, 18§ oikeus hankkia toimeentulonsa valitsemallaan työllä, ammatilla tai elinkeinolla, 19§ oikeus perustoimeentulon turvaan, riittäviin sosiaali- ja terveystalveluihin sekä asuntoon sekä 20§ oikeus terveelliseen elinympäristöön. Julkisen vallan käytön tulee perustua lakiin, jota on noudatettava tarkoin (2§).

Vaikka oikeus riittäviin terveystalveluihin ja terveystalvelujen tuottaminen edustavat perusoikeuksien määrittämästä hyvinvoinnista vain pientä osaa, terveydenhuollon synnyttämien kustannusten suhteellinen osuus julkisista menoista on kasvanut merkittävästi. Sipilän hallitusohjelmassa hyvinvointi mainitaan 19 kertaa sekä terveys ja digitalisaatio kumpikin 15 kertaa.

Perustuslain 14§:n mukaan julkisen vallan tehtävänä on edistää yksilön mahdollisuuksia osallistua yhteiskunnalliseen toimintaan ja vaikuttaa häntä itseään koskevaan päätöksentekoon. Ainoastaan luonnon, ympäristön ja kulttuuriperinnön kohdalla käytetään perustuslaissa sanamuotoa ’vastuu kuuluu kaikille (20§). Kansalaisten velvollisuuksiin viitataan mm: 16§ oppivelvollisuuden, 80§ verovelvollisuuden ja 127§ maanpuolustuksen osalta.

Vaikka perustuslaki tuo korostetusti esille yksilön oikeudet, pääministeri Sipilän hallitusohjelman hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ja eriarvoisuuden vähentämisen kärkihanke kannustaa myös vastuunottamiseen omasta elämästä. Lisäksi hallitusohjelmassa tavoitellaan yhteisöllisyyden lisäämistä normeja purkamalla sekä lähiyhteisöjen omaa vastuuta yhteiskunnan haasteiden ratkaisemisessa.

4.2 TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Vuonna 2008 suomalaiset potilasjärjestöt laativat julkilausuman, jonka mukaan jokainen kansalainen on oikeutettu diagnoosiin. Viime aikoina on lisääntyvässä määrin käyty kansainvälisestä keskustelusta siitä, lisääkö diagnoosi terveyttä, tyytyväisyyttä ja elämänlaatua vai onko terveydestä tehty tila, jota ei voi enää saavuttaa.

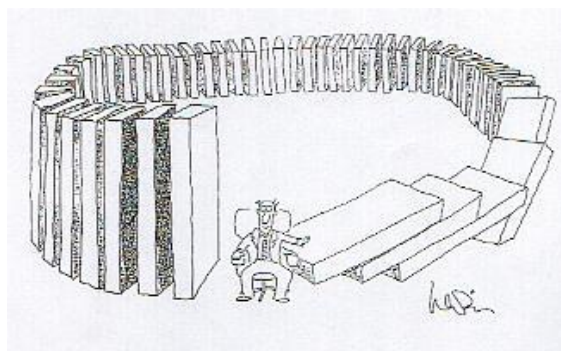
WHO:n terveyden määritelmää vuodelta 1948 on kyseenalaistettu, koska 'täydellinen fyysinen, mentaalinen ja sosiaalinen hyvinvointi, ei pelkästään sairauden tai vanhuuden heikkouden puuttuminen' määrittää suurimman osan ihmisistä sairaiksi. British Medical Journal (BMJ) ehdottaa määritelmäksi *kykyä sopeutua ja pärjätä erilaisten sosiaalisten, fyysisten ja emotionaalisten haasteiden kohdatessa elämän aikana* (Huber 2011, Godlee 2011), mikä vastaa hyvin hallitusohjelmaan kirjattua 'pärjäämistä erilaisissa elämäntilanteissa'. Eliniän pidentymisen myötä kroonisten sairauksien määrä lisääntyy. Kun ihmiset kykenevät kehittämään selviytymiskeinoja, toimivan arjen eläminen on mahdollista sairaudesta tai vammautumisesta huolimatta (Huber 2011, Godlee 2011).

Vaikka Suomessa ja länsimaissa terveystalvveluja tarjotaan ja kustannetaan enemmän kuin koskaan aiemmin historiassa, kansalaiset ovat terveempiä ja elävät pidempään kuin koskaan aiemmin, kaikkien maiden terveydenhuollon järjestelmät ovat kriisin partaalla. Terveydenhuollon kustannukset ovat karanneet käsistä, riippumatta palvelujen rahoittamistavasta – ja palveluiden kysyntä jatkaa kasvuaan. Tästä huolimatta intuitiivisesti kansalaisten *terveyden ja hyvinvoinnin lisääminen* tulkitaan yksiselitteisesti tarpeeksi kasvattaa edelleen sekä palvelujen tarjontaa että voimavaroja.

Mitä näyttöä terveydenhuollossa on palvelujen ja voimavarojen lisäämisen vaikutuksista terveyteen ja kysyntään? Vuosikymmenien ajan on julkaistu raportteja siitä, että tarjonnan lisääminen ei helpota hoitoon pääsyä. Esimerkiksi Brittein saarilla jonotusaika toimenpiteeseen pysyi 25 vuoden ajan samana (1949-74) huolimatta samanaikaisesta valtavasta leikkaustoimenpiteiden lukumäärän lisäyksestä (Frost 1980). Vastaavia tuloksia on raportoitu mm. Espanjassa (Busto-Gonzales 1999). Suomessa 10-kertaisella lisäyksellä toimenpiteiden lukumäärässä vuosina 1980-2000 ei ollut vaikutusta jonotusajan pituuteen (Tuulonen 2003a). On myös raportoitu, että jonotusaikojen kasvattaessa sairaaloiden budjetteja, sairaaloille ei synny kannustinta päästä jonoista eroon (Iversen 1993). Nyky-Suomessakin hoitotakuusakon uhatesa potilaat on 'pakko' leikata, vaikka sen tiedetään johtavan budjetin ylitykseen.

Kaikkein ilmeisimmät 'ratkaisut' tuottavatkin usein intuition vastaisia tuloksia. Mitä pidemmällä aikavälillä omaan päätöksentekoon liittyvät sivuvaikutukset tulevat esiin, sitä vaikeampi niitä on havaita ja hyväksyä (Kuvio 2). Esim. kaistojen lisääminen ei poista suurkaupunkien liikenneturhia, pakollinen pyöräilykypärän käyttö ei tuota odotettuja terveysvaikutuksia, vuosikymmeniä käytetty menetelmä metsäpalojen torjuntamenetelmä ei vähennä Kalifornian metsäpaloja, kannusteiden käyttö ei lisää tuottavuutta, tehokkaat HIV-lääkkeet vähentävät asianmukaista sairaudelta suojautumista, jne.

Kuvio 2. Tyypillinen 'ratkaisu' voi tuntua hyvältä, koska se parantaa oireet. Koska tämän päivän ongelmat ovat eilisen seurausta, pitkällä aikajänteellä kaikki on sekä syytä että seurausta (Senge 1990).



4.3 KANNUSTIMISTA

Lääkäreiden tarkoituksenmukaisimman palkitsemisjärjestelmän kehittäminen on todettu haasteelliseksi vuosikymmenien ajan (Frost 1980, Yates 1987). Heikentyneen hoitoon pääsyn julkiselle sektorille on todettu lisäävän yksityisten palveluiden kysyntää ja niiden taloudellisesti kannattavuutta (Yates 1987, Martin 2003, Tuulonen 2005). Kysynnän synnyttäminen kasvattaa myös tulotasoa (Yates 1987). Työajan ulkopuolinen lisätyö puolestaan ei kannusta tehostamaan päiväaikaista toimintaa (Busto-Gonzales 1999). Pitkällä aikajänteellä tarkasteltuna on vaikeaa päätellä, mikä lopulta on syytä ja mikä seurausta (Taulukko 1; Tuulonen 2003a).

Taulukko 1. Esimerkki, jossa yksittäisen muuttujan osalta on vaikeaa päätellä, mikä lopulta on syytä ja mikä seurausta.

Lääkärivaje – Vaihtuvuus

Julkisen sektorin lääkärivaje lisää etuuksien tarjontaa, jotta virat saadaan täyteen. Vaje siirtää julkisen sektorin työkuormaa virassa oleville ja pienentää työviihtyvyyttä ja motivaatiota. Ansioerojen lisääntyminen ja työviihtyvyyden väheneminen saavat lääkärit painottamaan rahaa ja etuisuusarvoja aikaisempaa enemmän.

Palkkaerot, työkuorma ja vähentynyt työviihtyvyys lisäävät vaihtuvuutta sekä julkisen sektorin sisällä sairaalasta toiseen että siirtymistä yksityiselle puolelle.

Lisääntynyt vaihtuvuus vähentää lääkäreitä sairaalassa, jolloin lääkärivaje pysyy entisellään tai jopa kasvaa koulutuksesta huolimatta. Vajeen kasvaessa virkoja täytetään vain osaaikaisesti toimivilla. Näin lääkärivaje kasvaa tai säilyy entisellään, jolloin se lisää palkan, palkkioiden ja etuuksien tarjontaa.

Ja kierre jatkuu...

Lääkärimäärä – Jono – Budjetti

Lääkärivaje pienentää suoritteiden määrää, jolloin potilasjonot kasvavat. Kun yksityiselle puolelle siirtyy lisää lääkäreitä, lähetteen määrä lisääntyy ja jonot kasvavat entisestään.

Pidentyneet jonot nostavat päättäjiin kohdistuvaa painetta lisätä budjettia, jotta jonot saadaan lyhyemmiksi. Toisaalta lyhyet jonot siirtävät budjettivaroja hoitamaan tauteja, joissa on pidemmät jonot.

Kasvaneet varat mahdollistavat uusien lääkärin palkkaamisen, jolloin jonot lyhenevät. Jos osa leikkauksista ostetaan yksityiseltä sektorilta, yksityisen sektorin vetovoima ja ansioero julkiseen sektoriin verrattuna kasvaa ja heikentää julkisen sektorin lääkäritilannetta.

Julkisen sektorin kasvavat jonot ja suurempi budjetti mahdollistavat myöskin suuremmat palkkiot ja palkat, jolloin vaihtuvuus lisääntyy. Vaihtuvuuden lisääntyminen kasvattaa puolestaan vajetta ja jonoja.

Ja kierre jatkuu...

Suomessa erikoismaksuluokan (EML) voimassa ollessa potilaat jonottivat pisimpään niissä yksiköissä, joissa leikattiin eniten EML-potilaita. Vuonna 2012 toimenpiteiden lukumäärän vaikutus oli edelleen samansuuntainen. Sairaalassa, jossa tehtiin tiettyä interventioita kolmanneksen keskipintaa enemmän, jonotettiin pisimpään (THL 2013). Yksityispuolen palvelutuotannon sisällöstä ja kriteereistä ei ole käytettävissä tietoa, vaikka sille on tarvetta todettu myös muualla kuin Suomessa (Yates 1987). Vaikka KELA-korvatuissa suoritteissa tulisi noudattaa kansallisia hoitoon pääsyn kriteerejä, julkiselle puolelle saapuneiden lähetteen perus-

teella yksityisellä sektorilla sekä diagnostiset että hoidolliset interventiot poikkeavat julkisen puolen kriteereistä.

Suoriteperuste (Fee-For-Service) palkitsee sekä tarpeellisesta että tarpeettomasta hoidosta, johtaa ylituotantoon sekä helposti ja nopeasti hoidettavien tautien ja toimenpiteiden etusijaisamiseen, kun taas haastavat ja aikaa vievät potilaat lähetetään muualle tai jäävät jonoon (Bereton 2010, Cashin 2014, Christianson 2007, Gosden 2001, Sommer 2009, Tuulonen 2003a,b). Suoriteperuste yksinkertaisesta interventiosta voi muodostaa esteen myös tarkoituksenmukaiselle työnjaolle eri ammattilaisten kesken sekä estää teknologisten innovaatioiden käyttöön ottamista. Kun maksetaan yksittäisistä suoritteista, saadaan lisää yksittäisiä suoritteita hoidon koordinaation sijasta (Sommer 2009). Koska KELA korvaa lääkärikäyntejä, niiden osuus korostuu julkiseen sektoriin verrattuna.

Kannustimia on kuvattu jopa perversseiksi, koska mitä useammalle potilaalle lääkäri antaa diagnoosin ja kun tauti pahenee, sitä enemmän hänen tulonsa kasvavat (Wormald 2010). Palkan perustuva maksuperuste voi puolestaan ohjata alituotantoon ja haastavien potilaiden ohjaamiseen muualle. Myös Pay-For-Performance (sisällöstä ja laadusta maksaminen) toimintatavan vaikutukset ovat epävarmoja (Cashin 2014). Palkitsemisen sivuvaikutuksena laadun ja toiminnan kriteerit määritellään niin alhaisiksi, että ne on aina mahdollista saavuttaa. On erityisesti tarpeen pohtia keinoja, minkälaiset menettelyt kannustaisivat suunniteltuun eitekemiseen ja miten vähentää tai estää tarpeetonta kysyntää, diagnostiikkaa ja hoitoa. Asiantuntijalle itselleen ei välttämättä tärkeintä ole se, kuinka paljon itse ansaitsee vaan millainen ansiotaso on suhteessa omiin kollegoihin (Tuulonen 2003b).

Kapitaatioperusteisessa mallissa tuotetaan sovitut interventiot esim. vuositaksalla per henkilö. Tarkoituksenmukaisesti implementoituna kapitaatio voi ehkäistä ylihoitoa ja ylläpitää sovittua laatustandardia sekä lisää budjetin ennakoitavuutta (Christianson 2007).

4.4 KYSYNTÄ VS. TARVE

On myös tarpeen arvioida ja käydä julkista keskustelua siitä, miten kansalaisten tarpeet syntyvät (Taulukko 2). Miten tarve määritellään ja kuka sen määrittää? Tarjotaanko kansalaisille vain sitä, mitä he oikeasti tarvitsevat vai määritelläänkö tarve tyydyttämättömäksi palvelukysynnäksi, jota halutaan tarkoituksella kasvattaa? Kun esim. lääkkeiden käyttö saattaa viisinkertaistua viiden vuoden aikana ilman väestössä tapahtunutta selittävää muutosta (Tuulonen 2004), voiko palvelutuotanto milloinkaan tyydyttää kysynnän? Myös sairauksia markkinoidaan (Moynihan & Cassels 2005) ja kehitetään uusia diagnooseja esim. aiemmin luonteenpiirteinä pidetyille ilmiöille (Niiniluoto 2003).

Esimerkiksi USA:ssa on arvioitu, että puolet kysynnän kasvusta johtuu ammattilaisista ja organisaatioista, ei kansalaisista (Shannon 2012). Myös Suomessa kysynnän kasvu on tarjontavetoista (Keskimäki & Häkkinen 2001). Ikä puolestaan kasvattaa kysyntää huomattavasti oletettua vähemmän (Yates 1987, Keskimäki & Häkkinen 2001, Tuulonen 2009, Appleby 2013). Myös esim. lääkkeiden markkinointi lisää kysyntää ja markkinoinnin puuttuminen heikentää ei-lääkkeellisten ja edullisempien lääkevaihtoehtojen hyödyntämistä (Tuulonen 2004). Kun korvattavat lääkkeet kustannetaan eri organisaation kautta (KELA), niin lääkettä määräävän lääkärin kuin potilaankaan ei tarvitse kantaa huolta kustannuksista. Lisäksi on huomioitava erittäin kalliisiin lääkkeisiin liittyvä 'taloudellinen toksisuus' (financial toxicity), mikä voi pahimmillaan ajaa koko terveydenhuollon perikatoon (Wong 2013, Zafar 2013).

Taulukko 2. Esimerkki terveystaloustieteellisistä näkökulmista ja kysymyksenasettelusta (Williams 1988).

A. Mikä vaikuttaa terveyteen?	Esim. kulutustottumukset, koulutus, tulotaso, ammattiin liittyvät riskit jne.
B. Mitä terveys on? Mikä on sen arvo?	Koetut terveyden ominaispiirteet, terveysindeksit, elämän arvo, terveyshyöty jne.
C. Palveluiden kysyntä:	A:n ja B:n vaikutukset hakeutumiseen palveluiden piiriin, hoidon saamisen esteet (hinta, aika, psykologiset tekijät jne.), tarve jne.
D. Palveluiden tarjonta:	Tuotantokustannukset ja –tavat, panokset (työvoima, laitteisto, hoidot, lääkkeet jne.), kannusteet, palvelujen korvaustavat jne.
E. Mikroekonominen arviointi, esim. kustannusvaikuttavuus ja kustannushyötyanalyysit vaihtoehtoisille tavoille tuottaa palveluja	(aika, paikka, tapa, määrä jne.) kaikissa interventioissa (sairauksien havaitseminen, diagnoosi, hoito, seuranta, kuntoutus jne.).
F. Markkinoiden tasapaino:	Hinta, prosessit, odotusajat, hintaan liittymättömät säännöstenmekanismit jne.
G. Systeemitason arviointi:	Oikeudenmukaisuus ja allokatiiviset tehokkuuskriteerit suhteessa E:hen ja F:ään, alueiden ja maiden välinen vertailu jne.
H. Suunnittelu-, budjetointi- ja seurantamekanismit:	Vaikuttavuusvertailussa käytettävien menetelmien arviointi suhteessa tavoiteltuun optimiin, mukaan lukien normit, sääntely, valvonta jne. ja niiden synnyttämät kannusteet

Vaikka esimerkiksi USA:ssa on arvioitu diagnostisten kustannusten 3–4-kertaistuneen vuosina 2000–2008, pääosin kustannusten ja kustannusvaikuttavuuden yhteydessä puhutaan vain hoidoista (lääkkeet ja toimenpiteet), käynneistä ja sairaalajaksoista (Feldman 2009). Sen sijaan hoitojen perustasta, diagnostisten ja seurantatestien vaikuttavuudesta on olemassa hyvin vähän luotettavaa näyttöä optimaalisissakaan olosuhteissa, puhumattakaan diagnostisten testien arki-vaikuttavuudesta. Kysyntää lisää ja kustannusvaikuttavuutta heikentää myös diagnostisten testien huono tarkkuus, mikä johtaa väärään positiiviseen diagnoosiin usein moninkertaiselle määrälle potilaita oikean positiiviseen diagnoosiin verrattuna (Chiolero 2014). Paitsi kustannuksia, väärä positiivinen diagnoosi heikentää elämänlaatua, etenkin vakavien ja loppuelämän kestävien kroonisten sairauksien yhteydessä (Hagman 2012).

Vaikka näyttöön perustuvat hoitosuositukset luovat perustan hoitopäätöksille, niiden pelkkä tuottaminen ei riitä vaan edellyttää jatkuvaa päivitystä sekä ennen kaikkea tutkimuksen suunnittamista niille alueille, joista näyttö on niukkaa. On myös huomattava, että sama tieteellinen näyttö voi toimintaympäristöstä riippuen johtaa selvästi toisistaan poikkeaviin johtopäätöksiin. Esimerkkinä Brittein saarilla vuonna 2008 ilmestynyt suositus (NICE, National Institute for Health and Care Excellence, <https://bit.ly/1INDO5P>), jonka hyvä aikomus johti lyhyessä ajassa joillakin alueilla 600%:n lisäykseen läheteiden lukumäärissä aiheuttaen erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyn tukkeutumisen. Samanaikaisesti potilaat olivat aiheetta huolissaan mahdollisesta pysyvästi vammauttavavasta sairaudesta, koska lähetevyöry ei johtanut aiempaan käytäntöön verrattuna löytämään paremmin epäiltyä sairautta (Ratnarajan 2013, Shah 2011). Sairauden suomalainen suositus teki samasta näytöstä oleellisesti maltillisempia johtopäätöksiä (<http://www.kaypahoito.fi/>).

4.5 ONKO ENEMMÄN PAREMPI

Julkista keskustelua leimaa vaikutelma ja uskomus, jonka mukaan jokainen terveydenhuollon suorite olisi yhtä tarpeellinen ja hyödyllinen. USA kuluttaa Suomea oleellisesti suuremman osan bruttokansantuotteesta (BKT) terveydenhuoltoon. On arvioitu, että kuluttamalla joka viides sekunti 1000 dollaria 412 vuoden ajan vastaisi terveydenhuollon bruttokansantuotteen 18 %:n osuutta USA:ssa ja edelleen joka kuudes kansalainen olisi vakuutuksen ulkopuolella (Shannon 2012). Vuosina 1930–2000 USA:ssa BKT:n kasvu johti usean vuoden viiveellä terveydenhuollon kustannusten nousuun, minkä jälkeen ohitti BKT:n kasvunopeuden suhteos-

sa 1.5/1 tehtyjen työtuntien määrän samanaikaisesti vähetessä (Cooper 2002). Suuremmasta kulutuksesta huolimatta useat terveysindikaattorit USA:ssa ovat Suomea heikkommat.

Myöskään USA:n sisällä voimavarojen 60 % suuremmalla kulutuksella ei todettu olevan eroa kahden alueen välillä hoitoon pääsyssä, hoitotuloksissa, kuolleisuudessa tai potilaiden tyytyväisyydessä (Fisher et al 2003a,b). Samansuuntaisia tuloksia on raportoitu myös Suomessa (Hagman 2012). Enemmän hoitoa voi myös intuition vastaisesti heikentää elämänlaatua (Fisher & Felsh 1999, Hagman 2012, Yates 1987). Eri maiden välillä ja saman maan sisällä, mukaan lukien Suomi, interventioissa on moninkertaisia vaihteluita. Tämä herättää kysymyksen, voivatko samaan näyttöön perustuen kaikki olla oikeassa, ja mikä edustaa ali- tai yli diagnostiikkaa ja -hoitoa. On myös ilmeistä, että hoitosuosituksen olemassaolosta huolimatta niitä ei noudateta.

Kaikilla päätöksillä on sekä toivottuja että ei-toivottuja vaikutuksia. Brittein saarilla terveydenhuollon osuuden kasvu 3.4%:sta 8.2%:iin BKT:sta vastasi 7-kertaista lisäystä reaalkustannuksissa. Tutkijat ovat ennustaneet, että BKT:sta voisi olla mahdollista kuluttaa viidenes terveydenhuoltoon seuraavien 50 vuoden aikana, kuitenkin edellyttäen että BKT samanaikaisesti kolminkertaistuisi. Vaikka kaikki muut tekijät pysyisivät muuttumattomina, em. tavoitteen toteutuminen kuitenkin tarkoittaisi, että seuraavan 50 vuoden aikana sosiaalihuoltoon ja ei-terveydenhuoltoon suunnattujen voimavarojen osuus tulisi pienentyä 80%:sta 50 %:iin (Appleby 2013).

Terveydenhuollossa esiintyy samanaikaista yli- ja alihoitoa. Esimerkiksi puolella lääkitystä käyttävistä potilaista ei ole tautia, puolet potilaista ei käytä lääkkeitä säännöllisesti, lääkäreiltä puolet sairaista jää diagnosoimatta ja puolella lähetteen saaneista epäillään sairautta aiheuttomasti (Vaahtoranta et al.2007). Kustannusvaikuttavuutta ei paranneta jatkamalla tätä entistä 50/50-käytäntöä, ei myöskään lisäämällä kannusteita. Puolet po. potilaista on löytymättä myös 10 km säteellä amerikkalaisesta huippukeskuksesta huolimatta korkeasta lääkäritiheydestä ja taloudellisesta kannusteista yrittää löytää jokainen uusi potilas (Robin 2009). Yli diagnostiikkaa, -hoitoa ja lähettämistä aiheuttaa myös potilasvalituksista johtuva syytteiden ja valitusten pelko.

4.6 KUSTANNUSVAIKUTTAVUUS

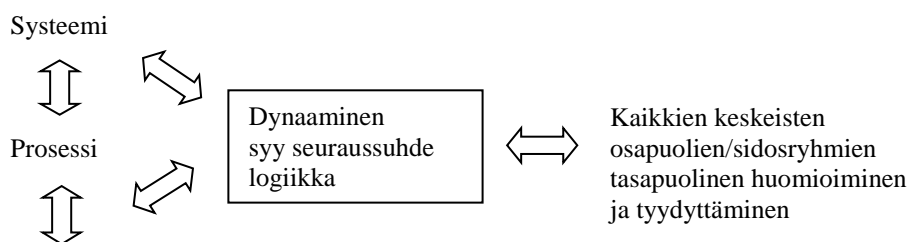
Kustannusvaikuttavuuden arviointi on keskeisessä roolissa kolmessa tuoreessa EU:n Expert Panel of Effective Ways of Investing in Health –raporteissa (EXPH 2014, 2015) liittyen hoidon laatuun ja turvallisuuteen, hoitoon pääsyyn ja radikaaleihin innovaatioihin (Disruptive Innovations, Christensen 2006, 2009). Yksinkertaistettuna terveydenhuollon palvelutuotannossa tulee arvioida 1) mitä palveluja tarjotaan ja tuotetaan, kenelle ja kuinka paljon, 2) kuka palveluista maksaa, kenelle ja kuinka paljon, ja 3) kenelle palveluista maksetaan, minkä tekemisestä ja kuinka paljon. Korvauskäytännöt ohjaavat vaikuttavuutta enemmän klinisiä päätöksiä käytännön tasolla, so. mitä tehdään tai jätetään tekemättä. Vaikka avainammattiryhmien taloudellinen kaksoisintressi eli mahdollisuus toimia samanaikaisesti sekä julkisissa viroissa että saman alan yksityisenä yrittäjänä ei olisi mahdollista, ammattikunnan sisäinen solidaarisuus saattaa ohjata toimintaprosesseja epätarkoituksenmukaiseen suuntaan. Esimerkiksi Saksassa toimenpide, jonka julkinen sektori voisi tehdä yhdellä kertaa, jaetaan kahdeksi yksityissektorin edellyttämän kontrollitarpeen vuoksi. Myös Suomessa näkemys kontrollitarpeesta tiettyjen toimenpiteiden osalta poikkeaa julkisella ja yksityisellä sektorilla.

Ensimmäiseksi on varmistuttava, että interventio on vaikuttava, ts. se edistää kansalaisen hyvinvointia. Vaikuttavuuden arviointi koskee paitsi lääketieteellisiä interventiota (seulonta, diagnosointi, hoito, seuranta ja kuntoutus), myös kaikkia lainsäädännöllisiä päätöksiä ja menettelytapoja, mukaan lukien hallinto, tietotekniset ratkaisut ja valvonta. Jos terveyttä edistävää vaikutusta ei voida osoittaa, interventiosta tulee luopua tai muuttaa se hyödylliseksi.

Ei kuitenkaan riitä, että interventio on vaikuttavaa, sen tulee olla myös kustannusvaikuttavaa (Maynard 2001). Kustannusvaikuttavuus arvioidaan aina suhteessa johonkin toiseen interventioon, diagnosoimatta/hoitamatta jättämiseen, toisen sairauden hoitoon jne. ts. mikään interventio ei ole itsessään kustannusvaikuttavaa. Tärkein kustannus on palvelu, joka jää tehdyn palveluratkaisun takia antamatta.

Yksittäisten päätösten tulee olla linjassa koko systeemin tavoitteiden kanssa (Williams 1988, 1993). Fokusointi *ainoastaan* yksityiskohtiin, *yksittäisen* SoTe-ammattilaisen autonomiseen päätöksentekoon ja *yksittäisen* kansalaisen valinnanvapauteen voivat tuottaa systeemitasolla tuhoisia lopputuloksia (Sterman 2000) (Kuvio 3). Koska käytössä olevat voimavarat ovat rajalliset suhteessa mahdollisuuksiin eikä samaa rahamäärää voi käyttää useampaan kertaan, jonkun tahon on tehtävä päätös ja otettava vastuu voimavarojen kohdentamisesta. Esim. käytetäänkö 1.5 miljoona euroa yhden, 100 vai 2000 potilaan hoitoon tai kun käytettävissä on yksi sydän, siirretäänkö se 20- vai 80-vuotiaalle potilaalle, tai kuinka monelle kansalaiselle ollaan valmiita sallimaan tarpeeton diagnoosi ja hoito tai epäily vakavasta sairaudesta, jotta kyetään estämään yksi kuolema (Chiolero 2014, Høymork 2015) jne.

Kuvio 3. Kokonaisvaltainen näkökulma. Oma etu toteutuu parhaiten, kun yhteinen etu toteutuu. Fokusointi *ainoastaan* yksityiskohtiin, *yksittäisen* sote-ammattilaisen autonomiseen päätöksentekoon ja *yksittäisen* kansalaisen valinnanvapauteen voivat tuottaa systeemitasolla tuhoisia lopputuloksia (Sterman 2000)



Potilas/asiakas ja SoTe-ammattilainen

Kyse ei ole pelkästään siitä, miten paljon tuotetaan ja kulutetaan, vaan *miten* tuotetaan ja kulutetaan, ts. kustannusvaikuttavuuteen vaikuttaa tärkeältä osaltaan toiminnan tehokkuus, panos/tuotos –suhde. Pelkkä tehokkuuden tavoittelu ilman osoitettua intervention hyvinvointia edistävää vaikutusta ei kuitenkaan ole tarkoituksenmukaista. Kun raha ei riitä kaikkiin kustannusvaikuttaviinkin interventioihin, on lisäksi tehtävä päätös niiden etusijaistamisjärjestyksestä ja priorisoinnissa käytetyistä periaatteista. Esimerkiksi Norjassa priorisointityöskentely käynnistettiin jo vuonna 1985 (Hoymork 2015).

Lääkärin koulutuksessa korostuu autonominen päätöksenteko. Suomen lainsäädännön mukaan lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä ja siihen liittyvästä hoidosta (Terveystieteellisen ammattihenkilölaki 1994/559, 22§). Terveystieteellisen hoidossa kaikki potilasta koskevat paitsi myönteiset, myös sivuvaikutukset syntyvät lääkäreiden tekemistä diagnooseista sekä hoito- ja seurantapäätöksistä, mukaan lukien kustannukset. Lääkärit ja muut terveystieteellisen ammattilaiset koulutetaan kuitenkin edelleen ilman (riittävää) ymmärrystä ja vastuullisuutta kulutettavan rahan määrästä. Suuri osa lääkäreistä, mukaan lukien nuorten lääkäreiden kokeneet esikuvat, kertovat avoimesti haluavansa hoitaa potilaita ilman tarvetta huomioida hoitopäätöksensä synnyttämiä kustannuksia ja päätöksensä vaikutuksia toisiin potilaisiin.

Koulutuksen tuottama mielikuva ohjaa edelleen tuottamaan 'kaikille kaikkia palveluja' ja uskomaan, että 'enemmän on parempi' eikä anna terveystieteellisen ammattilaiselle työkaluja kohdata kysynnän ja voimavarojen epäsuhtaa käytännön työssä. Lisäksi sekä lääketieteellisen että etenkin terveystaloustieteellisen kirjallisuuden kriittinen arvioinnin osaaminen on puut-

teellista. Valitsemalla ei-kustannusvaikuttavien interventioita ja toimintatapoja päätöksenteko edistetään alibudjentoinnin vaikutelmaa (Maynard 2001, Muir Gray 2001).

Mitä enemmän palveluja tarjotaan, sitä enemmän kysyntä kasvaa ja näin ollen terveydenhuollon jatkuvasti kasvavat markkinat tarjoavat erinomaisen toimintaympäristön voittoja tavoittelevalle liiketoiminnalle. Lääketieteellisesti helpointa ja liiketaloudellisesti tuottavinta on hoitaa sairautta, jota potilaalla ei ole. Kun kasvavalla määrällä hoidettavia potilaita ei ole manifestia sairautta (tai todetut sairaudet ovat hyvin varhaisessa vaiheessa), syntyy vaikutelma suhteellisten tulosten huomattavasta parantumisesta. Tämä puolestaan stimuloi tekemään ennistäkin varhemmin ja enemmän hoitoihin johtavia seulonta- ja diagnostisia testejä, jolloin paitsi kysyntä, myös kiire, virheet ja kustannukset kasvavat (Fisher & Welch 1999). Kun hoito aloitetaan huomattavasti aiempaa nuoremmille, lääkkeen käyttöaika pitenee. Vaikka potilas-koktainen kustannus on ilman tautia tai taudin varhaisvaiheessa pienempi, kokonaiskustannukset kasvavat hoidettavien määrän kasvaessa pidentyneen eliniän myötä ja viimeisten elinvuosien korkeiden kustannusten säilyessä ennallaan.

4.7 VALINNANVAPAUS

Valitusta näkökulmasta ja painotuksesta riippuen on mahdollista ymmärtää, että eri tahojen johtopäätökset saattavat olla jopa täysin vastakkaisia. Näin ollen lainsäädännön kokonaisuus ja 'lain henki' voivat olla samanaikaisesti sekä yksittäisille potilaalle että terveydenhuollon ammattilaisille hämmäntäviä (Lehtonen et al 2015), so. mitä tavoitellaan ja mikä on lainsäädännön tulkinnan mukaan 'oikea' tapa toimia. On myös tärkeää arvioida, minkälaisen tiedon perusteella potilaan oletetaan osaavan ja halutaan tekevän päätöksensä, kun eri viranomaistahot (esim. eduskunnan oikeusasiamies, Valvira, Fimea, hallitus, ministeriön virkamiehet jne.), lääketieteen asiantuntijat ja teollisuus tulkitsevat sekä lainsäädäntöä että lääketieteellistä näyttöä täysin toisistaan poikkeavilla tavoilla sen suhteen, minkä arvioidaan parhaiten turvaavan kansalaisille riittävät, tasapuoliset, turvalliset ja kustannusvaikuttavat palvelut (Kannanotto 15.11.2013). Ammattilaisten ohella myös kansalaiset ja potilaat ovat alttiina hyvin erilaisille viritysvaikutuksille, jotka vaikuttavat mielikuvien ja tarpeiden syntymiseen (Kahneman 2012).

Suomalaisessa keskustelussa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksesta vallitsee käsitys, että pääsy lääkärin vastaanotolle on ratkaisevaa hyvinvoinnin edistämisen kannalta. Sen sijaan Choosing Wisely –kampanjan USA:ssa (<http://www.choosingwisely.org/about-us/>) ja Kanadassa (<http://www.choosingwiselycanada.org/about/what-is-cwc/>) sekä British Medical Journal –lehden Too Much Medicine –tyyppiset aloitteet (<http://www.bmj.com/too-much-medicine>), joissa sekä potilaita että lääkäreitä kannustetaan keskustelemaan yli diagnostiikasta ja –hoidosta, eivät ole Suomessa laajamittaisesti käynnistyneet. Jos kuitenkin terveydenhuollon piirissä olevien potilaiden epätarkoituksenmukaisten kustannusten kasvulle ei aseteta rajoitteita, hyväksytään samalla järjestelmän ulkopuolelle jääneiden optimaalinen ja tarkoituksenmukainen hyötyminen terveydenhuollon tarjoamista mahdollisuuksista.

Esimerkiksi vaikka kilpailutus tai sen pelko voi edistää taloudellisuutta laatua ja tuottavuutta, tutkijat eivät ole yksimielisiä valinnanvapauden ja kilpailutuksen vaikutuksista hoidon yhdenvertaisuuden edistämiseksi (Bereton 2010). Kilpailun myötä ammattilaisten ja organisaatioiden välinen yhteistyö voi heikentyä ja muun kuin julkisen tuottajan potilaiksi on valikoitunut terveempiä potilaita päinvastaiseksi asetetusta tavoitteesta huolimatta (Bereton 2010).

4.8 TERVEYDENHUOLLON RADIKAALIT TOIMINTATAPOJA MULLISTAVAT INNOVAATIOT

Kun halutaan edistää kansalaisten hyvinvointia ja tuottaa kustannusvaikuttavampia palveluita, on mahdollista sekä kehittää nykyisiä toimintamalleja paremmiksi (vähittäiset innovaatiot, sustainable innovation) että muuttaa toimintatapoja radikaalilla ja katalyyttisellä tavalla (dis-

ruptive innovation) (Christensen 2006, 2009, Hautamäki 2008, EU EXPH 2015). Esimerkiksi hintaa alentavat radikaalit innovaatiot tuottavat riittävän hyvän vaihtoehdon esim. 'liian hyvälle' ja siksi ylihintaisille palveluille, ja mahdollistivat ihmisille sellaisten asioiden tekemisen, jotka muuten olisivat vaatineet syvää asiantuntemusta tai suurta varallisuutta, esimerkiksi kroonisissa sairauksissa erilaisten kehon toimintojen mittaaminen matkapuhelimen tai muiden laitteiden avulla kotona (Topol 2012).

Radikaalit innovaatiot ovat ristiriidassa olemassa olevan toimintatapojen ja markkinoiden kanssa. Suomestakin löytyy esimerkki radikaalista innovaatiosta, jolle olisi olemassa globaalit lähes 100 miljoonan potilaan markkinat. Perinteisen toimintaympäristön seurauksena nämä ovat kuitenkin ainakin toistaiseksi hyödyntämättä. Innovaattorin dilemman mukaan (Christensen 2006, 2009, Hautamäki 2008) isot organisaatiot ovat muuttuakseen liian sitoutuneita nykyisiin toimintamalleihin ja olemassa oleviin teknologioihin ja kokevat radikaalit innovaatiot marginaalisina. Koska innovaatiot ovat usein aluksi tehottomia ja niille löytyy vain vähän asiakkaita, ne edellyttävät kokeiluhenkä ja epäonnistumisten sietämistä tulospaineista huolimatta. Kypsillä markkinoilla toimiva organisaatio ei kykene uudistumaan tavalla, jota uuden teknologian tai innovaation käyttöönotto tai tuottaminen edellyttäisi (Hautamäki 2008). Konsensus siitä, mikä tällä hetkellä on mahdollista ja hyväksyttävää, ei edusta radikaalia innovaatiota.

On selvä, että terveydenhuollon kustannusten kasvaessa kaikkialla maailmassa aivan liian nopeasti suhteessa käytettävissä oleviin voimavaroihin edellyttää kuitenkin radikaaleja muutoksia ajattelussa ja käyttäytymisessä. Ne, jotka eivät ole tietoisia radikaalien innovaatioiden 'mahdottomuudesta', toteuttavat ne. Radikaalin innovaation tuottaminen onnistuu tyypillisesti pienessä yrityksessä, jolle innovaatio on tie kasvuun ja menestykseen ja joille 'riittävän hyvä' on uusi optimi (Dobelli 2013). Sipilän hallituksen ohjelmassa tietotekniikan rooli innovaatioissa korostuu digitalisaatioloikkana asiakaslähtöisten innovaatioiden toteuttamistapana. Täydellisen horisontaalisen ja vertikaalisen toimintojen uudelleen organisoinnin toteuttaminen edellyttää myös tietoteknisten ratkaisujen integrointia, mukaan lukien lääkintäteknikka ja radikaaleja innovaatioita edustavat selfie-diagnostiikka ja seuranta.

4.9 NÄYTTÖ TIETOTEKNISTEN RATKAISUJEN VAIKUTUKSISTA TUOTTAVUUTEEN

Hallitusohjelman mukaisesti tietotekniikan odotusarvona on tuottavuuden ja alentuneiden kustannusten avulla lisätä terveydenhuollon substanssipalvelujen kustannusvaikuttavuutta. USA:ssa perustettiin mm. presidentti Bushin kaudella 2004 kansallinen IT koordinaattori terveydenhuoltoon ja presidentti Obaman kaudella vuonna 2009 HITECH-asetuksella investoitiin 27 miljardia dollaria terveydenhuollon IT-kehittämiseen. Vuonna 2012 laaditussa selvityksessä haluttiin tutkia investointien vaikutuksia. Huolimatta 210%:n lisäpanostuksesta, multifaktoriaalisessa tuottavuudessa ei todettu merkittäviä muutoksia ja odotetut myönteiset vaikutukset olivat vaatimattomia (Lee 2012). Vastaavasti Suomessa Valtiontaloudentarkastusvirasto totesi, että vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisten tietojärjestelmäpalveluiden kehittämishankkeisiin on panostettu paljon, tulokset eivät ole kuitenkaan toistaiseksi olleet vastanneet odotuksia (VTV 2011).

Käytännön potilastyössä ammattilaiset kokevat tietotekniikan heikentävän tuottavuutta lukuisten hitaasti toimivien ja kömpelöiden ohjelmien takia estäen esim. gastroenterologisten toimenpiteiden määrän kaksinkertaistamisen päivän aikana. Maailman suurin ja tehokkain oman alansa sairaala Intiassa testasi kaikki markkinoilla olevat elektroniset sairauskertomusjärjestelmät ja kehitti oman perusteenaan 'We cannot compromise productivity' (<http://www.aravind.org/default/aboutuscontent/casestudiesOnAravind>).

Useiden yliopistosairaaloiden käyttämä ajanvarausohjelma Suomessa kuluttaa kohtuuttomasti työaikaa, mitä tuore ohjelmistopäivitys on entisestään heikentänyt. Esimerkiksi ohjelma

ei näytä vapaita aikoja vaan sihteerit joutuvat hakemaan niitä aukaisemalla jokaisen useista kymmenistä vastaanottopohjista erikseen; 10 minuutin välein tuleville potilaille ennen ohjelmistopäivitystä tarvittiin 50 klikkausta, päivityksen jälkeen 100; päivityksen jälkeinen 2500 epikriisin lähettäminen johti 96 000 lisäklikkaukseen jne. Itseilmoittautumisautomaatti ohjasi potilaat yli vuoden ajan väärään paikkaan, koska tekstiä 'Olette oikeassa paikassa' voitiin muuttaa vasta päivityksen yhteydessä. Eräs äiti perui lapsensa epikriisin lähettämiskiellon kuunnelleessaan, kuinka osastonhoitaja opasti uudelle hoitajalle hidasta ja monivaiheista prosessia. Minkä tahansa tietoteknisen yhteyden luominen saattaa kestää vähintään kuusi kuukautta ja yksinkertaisen perusterveydenhuollon kanssa sovitun työnjakomallin käyttöön ottaminen vie kaksi vuotta, vaikka tekninen ratkaisu olisi ollut toteutettavissa saman tein. Tiedusteluihin korjauksista ei joko vastata lainkaan tai muutosten tekemiseen ei löydy valtuutettuja henkilöitä, minkä takia toimimattomat järjestelemät teettävät hoito- ja tukihenkilöstöllä paljon manuaalista työtä. Näistä käyttäjäesimerkeistä arvioituna syntyy vaikutelma, että tietoteknisen integraation toteuttaminen aiempia toimintatapoja parantamalla tammikuuhun 2019 mennessä tulee vaatimaan valtavan lisäinvestoinnin.

Vaikka erilaisten tietojärjestelmien lukumäärä kasvaa jatkuvasti ja niihin syötettävien tietojen kirjaamiseen käytettävä aika vie hoitotyötä tekevien aikaa pois perustehtävästä heikentäen tuottavuutta, toiminnan seuraamisen nykyisenä ongelmana on myös tietojen saatavuus ja luotettavuus johtamisen ja päätöksenteon tueksi, myös Ruotsissa (Tuulonen 2012). Samasta asiasta saadaan useita eri lukuja ja 'oikeiden' lukujen selvittelyyn kuluu valtavasti manuaalista työtä ja voimavaroja. Oleellista on valita seurattavat tilastot siten, että niiden perusteella on mahdollista riittävän luotettavia johtopäätöksiä ja muutosten vaikutuksia voidaan seurata. Esimerkiksi Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen bench-marking tuottavuusluvuista ei ole hyötyä sen suhteen, mitä olisi tarpeen tehdä tuottavuuden parantamiseksi.

4.10 TERVEYDENHUOLLON OHJAAMISESTA

On tarpeen analysoida 1) mitkä tekijät vaikuttavat tarpeen ja kysynnän syntymiseen sekä voiko ja halutaanko ylipäättään tarpeiden syntymistä ohjata, ja 2) mitkä tekijät ohjaavat ja minkä tekijöiden halutaan ohjaavan kliinistä ja hallinnollista päätöksentekoa. Toisin sanoen on jatkuvasti ja systemaattisesti paitsi arvioitava myös tehtävä kansallisia linjauksia ja päätettävä periaatteista, jonka mukaan rajalliset voimavarat allokoidaan kustannusvaikuttavalla tavalla yhdenvertaisesti koko Suomessa. So. millä tavalla ja mikä taho määrittää Perustuslain 19§:n 'riittävät' terveystalvet, ts. mikä edustaa liikaa ja liian vähän diagnostiikkaa ja hoitoa. On arvioitu, että poliittiset ja ammatilliset valinnat ovat tärkeämpiä kuin väestörakenne, sairastuvuus ja teknologian kehittyminen yritettäessä vaikuttaa terveydenhuollon kasvaviin kuluihin (Appleby 2013, Getzen 1992).

Yksinkertaistettuna kaikesta tekemisestä terveydenhuollossa on arvioitava, onko tekeminen ylipäättään tarpeellista, ts. minkälaista ja minkä asteista näyttöä on olemassa tekemisen terveyttä edistävistä vaikuttavuudesta. Tekeminen edustaa paitsi kaikkia lääketieteellisiä interventioita (seulonta, diagnostiikka, hoito, seuranta, kuntoutus jne.) myös niiden toteuttamisessa käytettäviä prosesseja. Samalla tavalla on arvioitava myös tukiprosessien tuottama arvo kansalaisten hyvinvoinnille ja hoitoprosessien tuottavuudelle, so. niihin kuluva aika, kustannukset ja vaikuttavuus hyvinvointiin, esim. tietotekniikka, erilaiset kirjaamiset jne., myös terveydenhuollon yksiköiden hallinnon, ministeriöiden ja valvovien viranomaistahojen toiminnan kustannusvaikuttavuus.

On arvioitu, että vain 10–20% terveydenhuollossa tehtävistä päätöksistä perustuu korkealaatuisen lääketieteelliseen näyttöön eikä korkea näytönaste ei välttämättä korreloi kliinisen merkittävyyden kanssa (Ketola et al. 2007). Lisäksi jos näyttö ja siitä tehty johtopäätökset eivät tue klinikon käytännön kokemuksia arjessa (onnistumisia ja epäonnistumisia), näyttö jätetään yksinkertaisesti huomiotta, mikä ilmiö selittää vuosikymmenin ajan raportoituja huomattavia vaihteluita interventioiden määrässä. Koska satunnaistettujen kontrolloitujen

tutkimusten tulokset edustavat interventioiden optimaalista vaikutusta, niiden arkivaikuttavuus valikoimattomassa potilasmateriaalissa on olennaisesti heikompi. Valtaosin lääkärikunnalla ei kuitenkaan ole käsitystä eikä käytettävissä tietoja jokapäiväisen toimintansa vaikuttavuudesta eikä kustannuksista.

Jos arvioidaan ja sen perusteella päätetään, että tietty lääketieteellinen tai hallinnollinen interventio otetaan käyttöön edistämään kansalaisten ja potilaiden hyvinvointia, seuraavaksi on arvioitava, kuka/mikä taho suoriutuu tehtävästä kustannusvaikuttavimmin. Terveystieteiden eri ammattilaisten työpanosta on tarkoituksenmukaista käyttää heidän koulutustaan edellyttäviin tehtäviin, esim. kohdentaa korkeasti koulutettujen asiantuntijoiden ja ammattilaisten aika haasteellisten ongelmien ratkaisemiseen sekä prosessien ja muiden ammattihenkilöiden ohjaamiseen yksinkertaisempien ja silti huomattavaa tarkkuutta ja osaamista edellyttävien tehtävien sijasta. Jos päätetään ottaa käyttöön uusi interventio ilman suoraa lisäystä voimavaroihin, mikä on tavanomaisin käytäntö, on samanaikaisesti arvioitava ja päätettävä, mitä nykyisiä lääketieteellisiä ja hallinnollisia interventiota on mahdollista jättää pois tai keventää.

Lisäksi on huomioitava, mitkä teknologiat (esim. eHealth –ratkaisut) voivat nyt ja tulevaisuudessa korvata osittain ammattihenkilöiden tekemän työn. e-Health -ratkaisuihin on varauduttava siihen, että ainakin alussa sovellusten tarkkuus voi olla heikompi verrattuna nykyisiin käytössä oleviin interventioihin, ts. väärät positiiviset mittaukset lisäävät terveydenhuollon kuormaa, kustannuksia ja potilaiden huolta. On kuitenkin enemmän kuin ilmeistä, että uusi IWWIWWIWI ('I want what I want when I want it') -sukupolvi ottaa uudet sovellukset käyttöön sitä mukaan, kun niitä ilmaantuu markkinoille. Vastustamisen sijasta on kannattavampaa tutkia, mitkä sovellukset edustavat riittävää tasoa seurantaan ajatellen, miten potilaan itse keräämät tiedot hyödynnetään, mihin ne tallennetaan ja missä tapauksessa potilaan on otettava yhteys terveydenhuollon yksikköön. On myös päätettävä, kuka vastaa eHealth -sovellusten hankkimisesta, niiden käyttöön ja tallentamiseen liittyvistä kustannuksista sekä sovellusten käytön aiheuttamista kustannuksista terveydenhuoltojärjestelmiin.

Jokainen systeemi tuottaa juuri ne tulokset, jotka se on luotu tuottamaan, myös sivuvaikutukset ja kustannukset (Stermann 2000). Suomen toimintatapa on tuottanut OECD:n jäsenmaiden joukossa eriarvoisempia terveydenhuoltojärjestelmiä. Koska 'ongelma' olemme me ja järjestelmä, jonka olemme luoneet, voimme olla myös osa ratkaisua. Sipilän hallitusohjelman tavoitteiden implementoinnissa on tarpeen kriittisesti arvioida, mikä on samaan tavoitteeseen pyrkineiden lukuisten aiempien lakimuutosten ja kehittämistoimien tulokset ja vaikuttavuus ja miksi ne eivät ole saavuttaneet asetettuja tavoitteita. Esimerkkinä Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisen pääohjelma Kaste, joka on toteuttanut hallitusohjelman sekä sosiaali- ja terveysministeriön strategiaa. Kasteen tavoitteena oli "uudistaa suomalaista sosiaali- ja terveyspolitiikkaa ja kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja, järjestää rakenteet ja palvelut asiakasta kuunnellen sekä siirtää painopistettä ongelmien hoidosta fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin aktiiviseen edistämiseen ja ongelmien ehkäisemiseen koko väestössä" (<http://stm.fi/kaste>). Oliko syynä tavoitteiden saavuttamattomuuteen 'vain' tähänastinen pirstaloitunut, monikanavainen järjestelmä ja saadaanko Sipilän hallituksen esittämien keinoin tilanne korjaantumaan (esim. järjestelmien integraatio, valinnanvapauden lisääminen, monituottajamalli, kilpailuttaminen jne.)?

Valvonnan tulee seurata lainsäädännön ja siihen pohjautuvan ohjauksen noudattamista. Tähän asti hoitolinjauksiakin ovat usein luoneet yksittäisten potilaiden valitukset, joiden ratkaisussa resurssien rajallisuutta ei ole hyväksytty syyksi olla antamatta potilaalle hoitoa (esim. eduskunnan oikeusasiamies 15.11.02 Dnro 488/4/00). Toisessa esimerkissä eduskunnan oikeusasiamies päätyi 17.12.12 päätöksessään (Dnro 1918/4/11) täysin päinvastaiseen ratkaisuun kuin Valvira ja vastaavan erikoisalalan kaikki 20 julkisen sektorin ylilääkäriä Sosiaali- ja terveysministeriön pyytämässä kannanotossa (Kannanotto 15.11.2013). Eduskunnan oikeusasiamiehen päätöksen laajentaminen yhdenvertaisuusperiaatteen mukaisesti koskemaan kaikkia potilaita olisi maksanut 40-50 miljoonaa euroa vuodessa ilman lisähyötyä hoidon vaikuttavuudessa.

Suomen nykyisen lainsäädännön tulkinta näyttää suosivan etusijaistamisen perusteeksi paitsi yksittäisten potilaiden oikeuden saada hoitoa, myös teollisuuden toimintaa edistävää lainsäädäntöä sen sijaan, että arvioidaan palveluiden riittävyyttä, tasapuolisuutta, turvallisuutta ja kustannusvaikuttavuutta terveydenhuollossa valtakunnallisella tasolla. Terveys oikeuden asiantuntija pohtiikin kolumnissaan ”Voiko eduskunnan oikeusasiamies määrätä lääkkeitä”, ”Ovatko kaupalliset intressit suurempi suojattava oikeushyvä kuin terveydenhuollon resurssien riittävyys” ja ”Päättävätkö juristit jatkossa, mitä lääkettä saa käyttää ja mitä ei” (Lehtonen 2013).

Vaikka edellisen esimerkin yllilääkärit ovat laatineet erikoisalalleen pysyvän vammaisuuden ehkäisemiseen perustuvat etusijaistamisperiaatteet (Liite 5), Suomessa ei ole tällä hetkellä viranomaistahoa, jolle ehdotuksen voisi esittää ja joka tekisi asiasta periaatepäätöksen. Toisin sanoen Suomesta puuttuu valtakunnallinen taho, joka päättää sisällöllisistä menettelytavoista, kun eksponentiaalisesti kasvava kysyntä ja voimavarat eivät kohtaa. Vaikka Palveluvalikoimaneuvosto on erittäin tarpeellinen ja tervetullut uusi toimija, se ottaa kantaa yksittäisiin interventioihin, ei laajempiin kokonaisuuksiin. Jos kuitenkin Suomen palveluvalikoimaan määritellään kuuluvaksi esim. 1000 interventiota ja raha riittää vain 800:aan, on edelleen epäselvää, miten tulisi menetellä. Vaikka em. esimerkin yllilääkäreiden ehdotuksessa posteriorisoidaan ei-vammauttavan sairauden hoito (Liite 5), nykyinen hoitotakuun seuranta ei tätä mahdollista vaan ei-vakavan sairauden hoito ohittaa ’laillisin keinoin’ vakavampien sairauksien hoidon.

Myöskään hallitusohjelmassa mainittu työkalu, palvelusetelikokeilu, ei ratkaise kysynnän ja voimavarojen epäsuhtaan ongelmaa. Jos budjetti perustuu esim. 1000:een tietyn hintaiseen interventioon vuodessa ja viimeinen seteli jaetaan syyskuun lopussa, miten toimitaan lokajoulukuussa. Esimerkiksi Etelä-Ruotsissa toimintoja integroimalla ja tehostamalla olisi mahdollista tehdä kaikki alueella tarvittavat tietyt toimenpiteet 7 leikkaussalissa. Vuonna 2012 käytössä po. toimintaan oli 27 salia, joista 17 julkisen sektorin leikkaussalia käytetään muuhunkin toimintaan. Valinnanvapauden myötä yksityispuolelta tuli lisäksi käyttöön 10 leikkaussalia, jolloin kokonaisuutena po. toimintaan on 20 leikkaussalin ylikapasiteetti. Koska Ruotsin eri maakunnissa hoidon tekninen toteutus on erilainen, yksittäinen potilas voi netin kautta valita kalliimman vaihtoehdon ei-vakavan sairautensa hoidoksi ja lähettää laskun matkakuluineen omalle alueelleen. Valinnanvapaus ja ylikapasiteetti on Ruotsissa vahvistanut tämän ei-vakavan sairauden hoidon priorisointia, mikä on johtanut vakavien sairauksien posteriorisoinnin takia potilaiden vammautumiseen (Tuulonen 2012).

Tällä hetkellä on epäselvää, mitä Perustuslain 6§:n ’yhdenvertaisuudella lain edessä’ terveydenhuollossa tarkoitetaan ja mikä taho tekee tulkinnan 6§:n ’hyväksyttävästä syystä’ asettaa kansalainen eri asemaan esim. sukupuolen, iän ja terveydentilan perusteella. Naiset synnyttävät, kaikki kansalaiset ikääntyvät ja sairastuvat. Koska jokaisen kansalaisen elämä myös päättyy, mikä hyväksytään oikeaksi tavaksi, diagnosoiksi ja ajankohdaksi kohdata lähestyvä kuolema arvokkaasti ja ilman kärsimystä. Ilman kaikkien eri osapuolien (kansalaiset, potilaat, asiantuntijat, päättäjät, poliitikot, viranomaiset) avointa ja julkista keskustelua ja päätöksentekoa, nykykäytäntö tulee jatkumaan, so. priorisointi tapahtuu implisiittisesti yksittäisen potilaan ja lääkärin kohtaamisissa eikä yhdenvertaisuus toteudu.

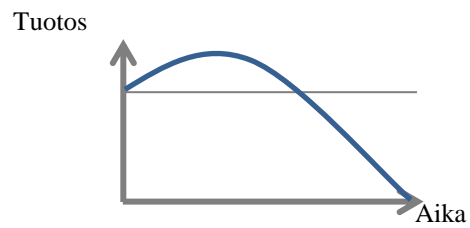
Kuten sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa käyty keskustelu on osoittanut, asiantuntijoiden ja päättäjien näkemykset poikkeavat toisistaan myös terveydenhuollon optimaalisen koon suhteen niin Suomessa kuin muuallakin (Lundbäck 2002). Itsehallintoalueiden perustamisen tavoitteena on nykyisten organisaatioiden integroituminen ja erilaisten toimintakulttuurien yhteensovittaminen. Vaikka yritysmaailmassa vuonna 1895 käynnistyneissä fuusioaloissa (esim. vuonna 2004 joka 18. minuutti) tavoitellaan tuottavuuden lisäämistä (1+1=3), eri koulukuntien mukaan jopa 75 % yritysfuusioista epäonnistuu (Choi 2011). Samantyyppinen trendi on raportoitu myös reilu 30 vuotta sitten käynnistyneissä sairaalafuusioissa. Esimerkiksi odotettuja vaikutuksia tekniseen tuottavuuteen ja kustannuksiin todettiin vain yhdessä 17 norjalaisen sairaalan 7 fuusiosta. Todennäköisimmäksi epäonnistumista selittäväksi tekijäksi

arvioitiin horisontaaliset ja vertikaaliset jännitteet (Choi 2011). Tietointensiivissä yrityksissä, kuten isoilla lääketehaissa, synergiaetujen realisointi kestää 7-10 vuotta (Choi 2011).

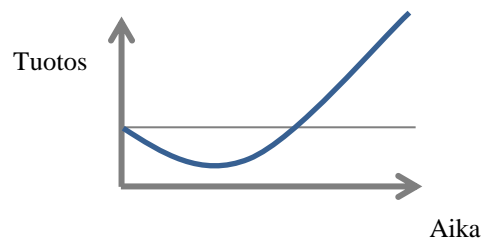
4.11 UUDISTUKSEEN LIITTYVIÄ HAASTEITA JA UHKAKUVIA

- Sisällöllisesti mikään ei muutu: vanhat onnistuneiksi koetut toimintatavat pyritään siirtämään sellaisenaan uuteen organisaatioon (Goldschmidt).
- Tavoitellusta innovaatioloikasta huolimatta tietotekniikan integraatio toteutetaan perinteisiä toimintatapoja parantamalla radikaalien innovaatioiden sijasta, jotka mahdollistaisivat tuottavuuden lisääntymisen vapauttamalla ammattilaiset perustehtävän äärelle.
- Esimerkiksi radikaali innovaatio estäisi automaattisesti asiakirjojen lukemisen potilaan laittaman kiellon jälkeen, lisääntyvien klikkailujen ja ohjelmien avautumisen sijasta kaikki asiakirjat aukeaisivat automaattisesti, kun potilas astuu huoneeseen, standartoitujen mallien luominen volyymitoimintoihin olisi mahdollista, ajanvaraus toimisi tehokkaasti ja potilas voisi tehdä itse muutoksia ohjelmaan jne.
- Palvelutoiminnan kustannusvaikuttavuuden sijasta muut kokonaisuudet ohjaavat sitä, mikä on mahdollista ja mikä ei, esim. itsehallintoalueiden yhteishankintayksikölle mahdollisesti muodostuva monopoliasema, tai tietotekniikka ei taivu keräämään 'Big data' aineistoja arkivaikuttavuuden mittaamiseksi jne.
- Terveystieteiden ammattihenkilöt eivät hyväksy ja sisäistä vastuutaan kustannusten synnyttämisestä ja hallitsemisesta.
- Kilpailutuksesta ja monituottajamallista voi seurata ammattihenkilöiden siirtyminen enenevässä määrin yksityissektorille etenkin noususuhdanteen aikana, mikä heijastuu julkisen sektorin lääkärivajeena (Taulukko 1).
- Itsehallintoalueiden kokonaisuuden hahmottaminen sekä sisällöllisesti että taloudellisesti sekä muutoksen johtaminen edellyttää poikkeuksellisen vaativia ominaisuuksia niiden johtajille sekä järjestämis- että tuottajapuolella.
- Alussa tulokset huononevat, mikä herättää epäilyjä valittujen toimintatapojen oikeellisuudesta ja uudistus lopetetaan (Kuvio 4)
- Vaikka monikanavaisesta rahoitusmallista halutaan eroon, joidenkin rahoituskanavien jääminen ulkopuolelle mahdollistaisi osaoptimoinnin jatkumisen (Kela, työterveyshuolto).
- Monikanavaisen rahoitusmallin kaventuessa samanaikaisesti luodaan monituottajamalli, mikä edellyttää huomattavaa palvelujen sisällöllistä ymmärtämistä. Kilpailutuksessa ja monituottajamallissa on huomioitava myös niiden itsehallintoalueelle aiheutuvat kustannukset (esim. hallinnollinen työ kirjaamisineen sekä tuottavuuden ja vaikuttavuuden seuranta) sekä esim. kroonisissa sairauksissa aiempien lääkintätekniisten tietojen siirtämisen aiheuttamat kustannukset seuraavaan hoitoyksikköön jne.
- Hallitusohjelman mukaista normien purkamista ei toteuteta julkisen sektorin toiminnassa.
- Kilpailu ehkäisee itsehallintoalueiden ja eri tuottajien välistä hyvien toimintatapojen leviämistä ja tiedon jakamista.

Kuvio 4. Yleinen ja vaarallinen päätöksenteon malli: Alkuun tulokset ovat hyviä, sivuvaikutukset tulevat esiin vasta (pitkälläkin) viiveellä. Uskotaan, että on tehty 'oikeita' päätöksiä. Vaara: Tehty 'oikeita' päätöksiä liian tehottomasti.



Yleisin systeemin käyttäytyminen: Alkuun tulokset huononevat, hyvät tulokset tulevat esiin viiveellä. Vaara: Projekti lopetetaan alun huononemisen takia.



(Stermann 2000)

5 SELVITYSHENKILÖIDEN EHDOTUKSET

Kansallinen ohjausprosessi eri hallinnon tasoilla ja niiden välillä

5.1 UUDISTUKSEN ONNISTUMISEN EDELLYTYS

- Selvityshenkilöt katsovat, että uudistuksen onnistuminen edellyttää julkisen hyvinvointi- ja terveysvastuun kantamista ja samanaikaisesti julkisten varojen rajallisuuden ymmärtämistä, hyväksymistä ja budjettirajoitteen noudattamista.
- Yhteisvastuu koskee kaikkia SoTe-toiminnan tasoja.

5.2 SOTE-OHJAUKSEN ORGANISOINTI (TAULUKKO 3)

- Selvityshenkilöt ehdottavat, että Sosiaali- ja terveydenhuoltoa ohjataan ja johdetaan:
 - Palvelut (mitä tehdään)
 - Resurssit (millä voimavaroilla)
 - Arviointi (miten mitataan) - vastuualueiden mukaisesti.
- Em. yhdenmukainen SoTe-yksikkörakenne toteutetaan kaikilla hallinnon tasoilla:
 - Kansallinen strateginen SoTe-yksikkö (STM)
 - Itsehallintoalueiden SoTe-yksiköt (15)
 - Tuottajataso SoTe-yksiköt.
- Kansallisessa strategisessa SoTe-yksikössä ja Itsehallintoalueiden SoTe-yksiköissä kutakin vastuualueita johtaa SoTe-johtajapari (jaettu johtajuus). Lisäksi Valtiovarainministeriö valitsee STM:n Resurssit –vastuualueelle johtajaedustajan. Itsehallintoalueet valitsevat STM:n strategisen SoTe-yksikön kullekin vastuualueelle johtajaedustajan. Vastaavasti kunnat valitsevat itsehallintoalueen kullekin SoTe-yksikön vastuualueelle johtajaedustajan.
- Viisi itsehallintoalueiden yhteistä sosiaali- ja terveyden huollon alueellista TuKe-yksikköä (Tutkimus- ja kehittäminen) integroi SoTe:n alueellista tutkimuksellista kehittämistoimintaa (esh, pth, korkeakoulut ym. toimijat).

5.2.1 STM:n strateginen SoTe-yksikkö

Konkretisoi hallituksen linjaukset kansallisiksi toiminta- ja taloussuunnitelmiksi, joissa määritellään sekä lyhyen että pitkän aikavälin tavoitteet ao. vastuualueilla:

5.2.1.1 Palvelut -vastuualue

- Vastaa strategisten linjausten tuottamisesta eri toimijoiden kanssa (Valvira, Palko, itsehallintoalueet jne.) määrittämällä 'riittävän' ja 'yhdenvertaisen' SoTe palvelujen tason (Perustuslaki 6§ ja 19§) (esim. liitteet 5 ja 6).
- Etusijaistaa menettelytavat, jotka vahvistavat oikeudenmukaisuutta ja kaventavat hyvinvointieroja (hyödyntämällä näyttöön perustuvia esim. Käypä Hoito -suosituksia ja kansallisia kriteerejä).
- Edistää kustannusvaikuttavien toimintatapojen tutkimista, kehittämistä ja implementointia
- Päättää menettelytavoista ja niiden käyttöön ottamisesta, *kun* budjetti uhkaa ylittyä.

5.2.1.2 Resurssit -vastuualue

- Vastaa voimavarojen jakoperusteista (SoTe-jakauma, itsehallintoalueiden rahoitus jne.)
- Vastaa kansallisesti kustannusten hallinnasta ja käytössä olevien voimavarojen investoinnista hyvinvointia parhaiten edistävällä tavalla (budjettirajoite).
- Päättää tason, jolla vuosikustannukset voivat korkeintaan nousta (myös noususuhdanteen aikana).
- Edistää keinoja vaikuttamattoman toiminnan ja palvelujen ylituotannon estämiseksi (esim. kapitaatilaskutuksen käyttöönotto riippumatta palveluntuottajasta).

5.2.1.3 Arviointi -vastuualue

- Vastaa mittareiden valinnasta, niiden tavoitetaso asetannasta, seurannasta ja arvioinnista eri toimijoiden kanssa (THL, ICT jne.)
- Kansalliset mittarit samat kaikille (7 ± 2), samoin itsehallintoalueiden ja tuottajataso mittarit.
- Laatii systemaattisesti kerättävästä tiedosta simulaatiomalleja ja skenaarioita tulevaisuuden päätöksenteon tueksi.
- Kustannusvaikuttavuuden mittaaminen edellyttää yleisen elämänlaadun mittarin käyttöön ottamisen. Esim. kansalaiset ja potilaat käyvät määrävlein (esim. vuosittain) täyttämässä elämänlaatutiedot Kantaan, SoTe-yksiköt voivat intervention jälkeen lähettää kutsun tekstiviestillä täyttää mittari Kannassa jne. Elämänlaatumittaukset ovat kaikkien toimijoiden käytettävissä ja hyödynnettävissä päätöksenteon simulaatiomalleissa.
- Vastaa palvelutuotannon tutkimus- ja kehittämistoiminnan kansallisesta ohjaamisesta.

5.2.2 Itsehallintoalueiden SoTe-yksiköt

5.2.2.1 Palvelut -vastuualue

- Vastaa SoTe-palvelujen järjestämisestä kansallisen järjestämis päätöksen ja kansallisten strategisten linjausten mukaisesti
- Vastaa siitä, että kehittämistoimintaan saadaan mukaan kansalaisten, asiakkaiden ja potilaiden ym. arviot ja ehdotukset.

5.2.2.2 Resurssit -vastuualue

- Vastaa itsehallintoalueella kustannusten hallinnasta ja käytössä olevien voimavarojen investoinnista hyvinvointia parhaiten edistävällä tavalla (budjettirajoite).

5.2.2.3 Arviointi -vastuualue

- Vastaa kansallisten mittareiden käytöstä ja seurannasta.

5.2.2.4 Viisi itsehallintoalueiden yhteistä sosiaali- ja terveyden huollon alueellista TuKe-yksikköä (Tutkimus- ja kehittäminen)

- Tukee kansallisten ja alueellisten SoTe-tavoitteiden saavuttamista koordinoimalla tutkimuksen, koulutuksen ja kehittämisen yhteistyötä.
- Integroi SoTe:n tutkimuksellista kehittämistoimintaa (esh, pth, korkeakoulut ym. toimijat)
- Muodostaa alueellisen yhteistyöparin valtakunnallisille toimijoille (Kansallinen strateginen SoTe/Arviointi, THL, Työterveyslaitos ym.)

5.2.2.5 Itsehallintoalueiden yhteistyö: Tukitoiminnot

Itsehallintoalueiden yhteisesti omistamat yksiköt, esim. hankinta, toimitilat, tietohallinto jne.

Selvityshenkilöt ehdottavat, että:

- Tuottajien vertailtavuuden edistämiseksi itsehallintoalueen yleiskustannukset on pidettävä erillään tuottajien tuotantokustannuksista, mukaan lukien julkisten palveluntuottajien tuotantokustannukset.
- On huolehdittava siitä, että tukitoimintojen kustannukset eivät kasva perustoimintojen kustannuksia nopeammin.

5.2.3 Tuottajataso SoTe-yksiköt

5.2.3.1 Palvelut -vastuualue

- Vastaa So/Te-palvelujen tuottamisesta kansallisten strategisten linjausten ja itsehallintoalueen tilauksen/itsehallintoalueen kanssa laaditun sopimuksen mukaisesti

5.2.3.2. Resurssit -vastuualue

- Vastaa kustannusten hallinnasta ja palvelujen tuottamisesta kustannusvaikuttavalla ja – tuottavalla tavalla (budjettirajoite)

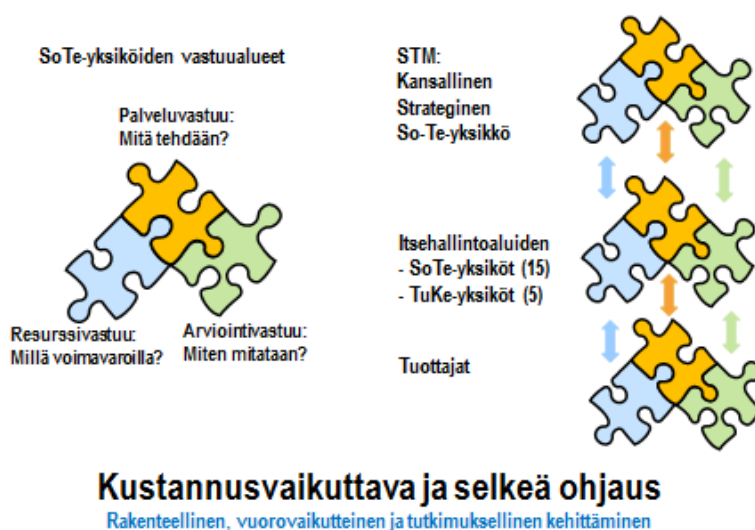
5.2.3.3 Arviointi - vastuualue

- Vastaa kansallisten ja itsehallintoaluetasojen mittareiden tiedon keräämisestä ja seurannasta.

5.3 VUOROVAIKUTUS

5.3.1 SoTe-ohjausmallin hallinnon tasojen vuorovaikutteisuus

Kuvio 5. Kustannusvaikuttava ja tehokas ohjaus



5.3.2 Vuorovaikutus - STM:n strateginen SoTe-yksikkö

- Palvelulinjausten tausta- ja valmistelumateriaali saatetaan kansalaisten, potilaiden, sosi-aali- ja terveydenhuollon ja talouden ammattilaisten, virkamiesten, päättäjien ja poliitik-kojen käyttöön ja avoimeen keskusteluun ennen linjauksista päättämisestä (esim. liitteet 5 ja 6).
- Mikä tahansa taho voi tehdä ehdotuksen palvelulupauksen linjaamisesta SoTe-yksikölle, esim. yksittäisen intervention kuulumisesta tai kuulumattomuudesta suomalaiseen palve-luvalikoimaan, tai periaatteellisista linjauksista jne. (esim. liitteet 5 ja 6).
- Potilaan ja asiakkaan valinnanvapauden perusteiden tulee pohjautua valtakunnallisiin linjauksiin.
- Selvityshenkilöt esittävät sellaisista valtakunnallisista neuvottelukunnista ja ohjelmista luopumista, joiden mandaatti, tehtävät ja kustannusvaikuttavuus ovat epäselviä.

5.3.3 Vuorovaikutus - Itsehallintoalueen SoTe ja TuKe-yksiköt

- Vastaavat siitä, että palvelu- sekä tutkimus- ja kehittämistoimintaan saadaan mukaan kansalaisten, asiakkaiden ja potilaiden arviot ja ehdotukset.
- Varmistavat potilas- ja sosiaaliasiointitoiminnan sekä asiakaspalautejärjestelmien kehittämi-sen ja hyödyntämisen.
- Arvioivat minkälaisia neuvottelumenettelyjä vuorovaikutteinen yhteistyö esim. kuntien kanssa edellyttää.

5.4 MUUT EHDOTUKSET

5.4.1 KELA ja työterveyshuolto ovat merkittäviä toimijoita ja ne tulee ottaa mukaan uudistukseen

Perustelu: Jos nämä jätetään ulkopuolelle, osa-optimointi jatkuu. Esim. ei-lääkkeellisten hoito-
jen kannustamiseksi KELAn lääkekustannukset otetaan mukaan itsehallintoalueen budjettiin
– vaikka korvaukset edelleen hoidettaisiin KELA:n kautta.

5.4.2 Kustannusvaikuttavuus ja –tietoisuus on liitettävä osaksi SoTe-ammattihenkilöiden perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksen opintosuunnitelmia

Perustelu: Erittäin tärkeä pitkän aikavälin investointi, koska valtaosa päätöksenteosta ja kus-tannuksista syntyy palvelutuotannossa.

Taulukko 5. Selvityshenkilöiden ehdotus kansalliseksi ohjausprosessiksi eri hallinnon tasoilla ja niiden välillä (organisointi ja vuorovaikutteinen yhteistoiminta: SoTe-yksiköt ja niiden vastualueet

Vastuuealue	Kansallinen strateginen SoTe-yksikkö (STM)	Itsehallintoalue SoTe-yksikkö (n=15)	Tuottajat
Palvelut	<p>Vastaa strategisten linjausten tuottamisesta eri toimijoiden kanssa (Valvira, Palko, itsehallintoalueet jne.):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Määrittämällä ’riittävä’ SoTe palvelujen taso – Etusijaistamalla menettelytavat, jotka kaventavat hyvinvointi-eroja ja lisäävät yhdenvertaisuutta (hyödyntämällä näyttöön perustuvia esim. Käypä Hoito –suosituksia ja kansallisia kriteerejä) (esim. liite 5 ja 6) – Edistämällä kustannusvaikuttavien toimintatapojen tutkimista, kehittämistä ja implementointia. – Päättämällä menettelytavoista ja niiden käyttöön ottamisesta, kun budjetti uhkaa ylittyä. 	<p>Vastaa SoTe-palvelujen järjestämisestä kansallisen järjestämispäätöksen ja kansallisten strategisten linjausten mukaisesti</p> <p>Vastaa siitä, että kehittämistoimintaan saadaan mukaan kansalaisten, asiakkaiden ja potilaiden ym. arviot ja ehdotukset</p>	<p>Vastaa SoTe-palvelujen tuottamisesta kansallisten strategisten linjausten ja itsehallintoalueen tilauksen/itsehallintoalueen kanssa laaditun sopimuksen mukaisesti</p>
Resurssit	<p>Vastaa voimavarojen jakoperusteista (SoTe-jakauma, itsehallintoalueiden rahoitus jne.)</p> <p>Vastaa kansallisesti kustannusten hallinnasta ja käytössä olevien voimavarojen investoinnista hyvinvointia parhaiten edistävällä tavalla.</p>	<p>Vastaa itsehallintoalueella kustannusten hallinnasta ja käytössä olevien voimavarojen investoinnista hyvinvointia parhaiten edistävällä tavalla (budjettirajoite).</p>	<p>Vastaa kustannusten hallinnasta ja palvelujen tuottamisesta kustannusvaikuttavalla ja –tuottavalla tavalla (budjettirajoite)</p>
Arviointi	<p>Vastaa mittareiden valinnasta, niiden tavoitetason asetannasta, seurannasta ja arvioinnista eri toimijoiden kanssa (THL, ICT jne.)</p> <p>Kansalliset mittarit samat kaikille (7 ± 2), samoin itsehallintoalueen ja tuottajataso mittarit.</p> <p>Kustannusvaikuttavuuden mittaamiseksi yleinen elämänlaadun mittari</p>	<p>Vastaa kansallisten mittareiden käytöstä ja seurannasta.</p>	<p>Vastaa kansallisten ja itsehallintoaluetasojen mittareiden tiedon keräämisestä ja seurannasta</p>

SoTe-yksiköiden organisointi (vastuuhenkilöt)

Vastuu- alue	Kansallinen strateginen SoTe-yksikkö (STM)	Vastuuhenkilöiden lukumäärä (10)	Itsehallintoalueen SoTe-yksikkö (n=15)	Vastuuhenkilöiden lukumäärä (9)	Tuottajataso
Palvelut	SoTe-johtajapari Itsehallintoalueiden valitsema johtajaedustaja	2 1	SoTe-johtajapari Kuntien valitsema johtajaedustaja	2 1	Palveluista vastaava johtaja
Resurssit	SoTe-johtajapari Valtiovarainministeriön edustaja Itsehallintoalueiden valitsema johtajaedustaja	2 1 1	SoTe-johtajapari Kuntien valitsema johtajaedustaja	2 1	Resursseista vastaava johtaja
Arviointi	SoTe-johtajapari Itsehallintoalueiden valitsema johtajaedustaja	2 1	SoTe-johtajapari Kuntien valitsema johtajaedustaja	2 1	Arvioinnoista vastaava johtaja

Itsehallintoalueiden sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämistoiminta: alueellinen TuKe-yksikkö (n=5)

- Tukee kansallisten ja alueellisten SoTe-tavoitteiden saavuttamista koordinoimalla tutkimuksen, koulutuksen ja kehittämisen yhteistyötä
- Integroi SoTe-kehittämistoimintaa (esh, pth, korkeakoulut ym. toimijat)
- Muodostaa alueellisen yhteistyöparin kansallisille toimijoille (Kansallinen strateginen SoTe/Arviointi, THL, Työterveyslaitos ym.)

6 LOPUKSI

Selvityshenkilöiden ehdottamalla ohjauksella tavoitellaan selkeyttä ja ymmärrettävyyttä kaikissa SoTe-toiminnoissa samanlaisena toistuvan yksinkertaisen johtamismallin avulla. Mallissa on huomioitu toimeksiannon näkökulmat: palvelutuotanto, voimavarat ja hyvinvoinnin lisääminen. Yksinkertainen malli edistää kaikkien toimijoiden ja eri osapuolien ymmärrystä palvelutoimintaa ohjaavista peruseriaateista - mukaan lukien kansalaiset.

Jotta hyvinvointi- ja terveyseroja voidaan kaventaa ja samalla varmistaa niin yhdenvertaisuuden kuin oikeudenmukaisuuden toteutuminen käytettävissä olevien voimavarojen puitteissa, on sisällöllisten ja taloudellisten tavoitteiden asetantaa ja toteutumista välttämätöntä johtaa systemaattisesti joka tasolla. Integraation onnistuminen edellyttää *jaettua, SoTe-tasapainoista* johtamista sekä selkeästi kohdennettua vastuuta palveluista, resursseista ja arvioinnista kansallisesti, itsehallintoalueilla sekä tuottajien toimesta. Johtamista tukee kansallinen ja alueellinen tutkimus-, koulutus- ja kehittämistoiminta, jolla parannetaan mm. kustannusvaikuttavuutta.

Nykyistä vahvemman valtion ohjausroolin perusta on vastata kansallisella tasolla sen määrittämisestä ja päivittämisestä, mitä tarkoitetaan Perustuslain mukaisilla 'riittäväillä' (19 §) ja 'yhdenvertaisilla' (6§) SoTe-palveluilla. Ilman vahvoja ohjaustoimenpiteitä budjetin ylittyminen on jatkossakin todennäköistä jatkuvasti kasvavan kysynnän ja voimavarojen epäsuhdan vuoksi. Kansallisesti on linjattava ja päätettävä periaatteista ja sellaisten menettelytapojen käyttönotosta, joiden avulla mahdollistetaan budjetissa pysyminen asettamalla päätöksentössä etusijalle oikeudenmukaisuutta vahvistavat ja hyvinvointieroja kaventavat toimenpiteet.

Nykyisen sosiaali- ja terveydenhuollon yhdeksi haasteeksi kuntien kannalta on muodostunut erikoissairaanhoito, jonka kustannuksia kuntien on ollut vaikea ennakoida ja hallita. Tässä raportissa pohdinnat kustannusvaikuttavuudesta painottuvatkin terveydenhuoltoon, jonka muutama ehdotuksia havainnoiva esimerkki on poimittu erikoissairaanhoidosta. Terveydenhuollosta löytyy monilta osin enemmän tutkimustietoa ja kansainvälistä vertailua kuin sosiaalihuollosta. Etenkin sosiaalihuollon järjestelmät poikkeavat eri maissa huomattavasti toisistaan.

Ohjaus, rahoitus ja kehittäminen -ryhmässä sekä muissa SoTe-uudistuksen valmisteluryhmissä tehtävä työ oli tämän selvityshenkilöiden toimeksiannon käynnistyessä vielä alkuvaiheessa, joten raportin ehdotusten yhteensovittaminen muiden ryhmien työhön ei ollut määräjän puitteissa mahdollista. Esimerkiksi selvityshenkilöiden tärkeänä pitämän asiakasohjauksen perusteellinen määrittely ja innovointi jää valmisteluryhmien pohdittavaksi. Tässä raportissa toimeksiannon sisällön ja aikataulun mukaisesti julkisen vastuun kantaminen ja ohjauksen selkeyttäminen ensisijaistettiin - huomioiden kuitenkin kuulemistilaisuuksissa kokemusasiakkaiden arvokas näkökulma. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistaminen on laaja, koko kansakuntaa ja sen hyvinvointia pitkälle tulevaisuuteen luotsaava erittäin tärkeä kokonaisuus. Selvityshenkilöt toivovat uudistuksen ja tämän raportin synnyttävän avointa keskustelua esimerkiksi Ota kantaa -sivuston avulla.

Selvityshenkilöt esittävät lämpimät kiitokset kaikille kirjalliseen kyselyyn vastanneille ja kuulemistilaisuuksiin osallistuneille henkilöille sekä Ohjaus, rahoitus ja kehittäminen -ryhmälle erittäin aktiivisesta ja monipuolisesta näkökulmien esittämisestä selvityksen tueksi.

7 LÄHTEET (LUVUT 1–3)

- Filppa, V. 2001. Kansalaisten tarpeista sosiaalialan erityisosaamiseen. Osaamisen monimuotoisuutta jäsentämässä. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2002:9. Helsinki.
- Heinämäki, L. 2012. Valtionhallinnon ohjelmaohjaus kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa 2000-luvulla. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Tutkimus 75/2012, Helsinki. <URL: <https://www.julkari.fi/handle/10024/80407> > (Luettu 10.12.2015)
- Heinämäki, L. 2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionohjauksen muotoutuminen: Rakenteellisen ohjauksen aika. Julkaisematon muistioluonnos 11.12.2015 liittyen selvityshenkilöiden järjestämään Sote-ohjauksen kuulemistilaisuuteen 10.12.2015, Helsinki.
- Hyvinvointi 2015 –ohjelma.2007. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3.
- Hämäläinen, J. 2013. Tiedontuotanto sosiaalityön rakenteellisena kysymyksenä. Teoksessa Pohjola, A. & Laitinen, M. & Seppänen, M. (toim.) 2014. Rakenteellinen sosiaalityö. Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja 2014, 64-86.
- Jämsén, A. & Pyykkönen, A. (toim.) 2014. OSallisuuden jäljillä. Pohjois-Karjalan sosiaaliturvayhdistys ry.
- Kananoja, A. & Niiranen, V. & Jokiranta, H. 2008. Kunnallinen sosiaalipolitiikka. Osallisuutta ja yhteistä vastuuta. PS-kustannus, Jyväskylä.
- Kauppila, T. 2000. Sosiaalityö näkyvämmäksi tietotekniikalla Kuopiossa. Sosiaaliturva 10/2000, 8–10. <URL: <http://huoltaja--saatio-fi-bin.directo.fi/@Bin/8a21212ac1e33cd1a7a0ac588fd715c9/1452942249/application/pdf/177483/Sosiaaliturva%2010-2000.pdf> > (Luettu 15.1.2015)
- Kauppila, T. 2001. Sosiaalityön laadun parantaminen tietotekniikan avulla 1998–2000: Loppuraportti. Finsoc arviointiraportteja 1/2001. Helsinki: Stakes.
- Kauppila, T. 2015. Tietojohtaminen julkisissa sosiaalipalveluissa. Käsityksiä nykytilanteesta ja kehittämisestä. UEF EMBA kehittämistyöt 11/2015. Koulutus- ja kehittämispalvelu Aducate, Itä-Suomen yliopisto, Kuopio/Joensuu. <URL: <http://www.isonet.fi/web/guest/raportit> > (Luettu 11.12.2015)
- Kekki, M. 2014. Tikku kynnen alla vai lastu laineilla? – Sosiaaliasiamiestoiminta asiakkaan oikeuksien edistäjänä Itä-Suomen alueella. Pro gradu –tutkielma, Itä-Suomen yliopisto.
- Kekomäki, M. 2016. Lumoava sote 2035. ISOblogi. <URL: <http://isonetti.blogspot.fi/> > (Luettu 18.1.2016)
- Kivipelto, M. & Blomgren, S. & Karjalainen, P. & Saikkonen, P. 2013. Vaikuttavaa aikuis-sosiaalityötä - arviointimalleista mittareihin - Tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 3/2013. <URL: <http://www.julkari.fi/handle/10024/104473> > (Luettu 15.1.2015)
- Kivipelto, M. & Kotiranta, T. 2014. Sosiaalityön vaikuttavuuden arvioinnin kriittinen eetos saatava takaisin. Janus vol. 22 (2) 2014, viiva liian vahva 172–182.
- Konstikas sosiaalityö 2003. 2005. Suomalaisen sosiaalityön todellisuus ja tulevaisuudennäkömät. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:28. Helsinki.
- Korkman, S. 2013. Talous ja utopia. Docendo, Jyväskylä.

- Kröger, T. 2014. Yli-ikäinen sosiaalihuolto. Teoksessa Haverinen, R. & Kuronen, M. & Pösö, T. (toim.) 2014. Sosiaalihuollon tila ja tulevaisuus. Vastapaino, Tampere, 25—41.
- Laitinen, M. & Niskala, A. 2013. Sosiaalityön suhde asiakkuuteen. Teoksessa Laitinen, M. & Niskala, A. Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä. Vastapaino, Vantaa, 9—16.
- Laki potilaan oikeuksista ja asemasta. 17.8.1992/785.
- Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä. 26.6.2015/817.
- Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista. 20.3.2015/254.
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. 22.9.2000/812.
- Lehto, M. 2005. Takaisin tulevaisuuteen – valtion ja kuntien yhteinen taival. Kunnallissalan kehittämissäätiö.
- Meklin, P. 2015. Sote-uudistus – mistä uudistuksen hyödyt syntyvät? Arttu 2-tutkimusohjelman julkaisusarja nro 3/2015. <URL: http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=3124 > (Luettu 19.11.2015)
- Mäntysaari, M. 2015. Sosiaalihuollon ammattihenkilölaki hyväksyttiin! <URL: <http://mantysaari.blogspot.fi/2015/03/sosiaalihuollon-ammattihenkilolaki.html> > (Luettu 13.12.2015)
- Möttönen, S. & Kettunen, P. 2014. Sosiaalipalvelut kuntien hallinto- ja palvelurakenteiden murroksessa. Teoksessa Haverinen, R. & Kuronen, M. & Pösö, T. (toim.) 2014. Sosiaalihuollon tila ja tulevaisuus. Vastapaino, Tampere, 109—124.
- Niiranen, V. 2013a. Kunta–valtio -suhde ja ohjauksen monet muodot. Julkaisussa *Kunnallistalouden ja -hallinnon neuvottelukunnan 40 ensimmäistä vuotta – juhla julkaisu*. Valtiovarainministeriön julkaisuja 4. Helsinki, Valtiovarainministeriö, 33–39. <URL: http://vm.fi/documents/10623/307653/5.3.+Kuthanek_juhla_julkaisu.pdf/ff94ab32-f889-44ae-9fef-74aa32844d8b > (Luettu 10.1.2015)
- Niiranen, V. 2013b. Sosiaali- ja terveystalouden ohjausympäristöt ja ohjausmekanismit. Teoksessa Ollila Seija & Raisio Harri (toim.) Hyvinvointijärjestelmät muuttuvassa toimintaympäristössä. Juhlakirja professori Pirkko Vartiainen 60 vuotisjuhlan kunniaksi. Acta Wasaensia 277. Sosiaali- ja terveyshallintotiede 8. Vaasan Yliopisto, 207—215. <URL: http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-444-5.pdf > (Luettu 10.1.2015)
- Oikeus ja kohtuus 2006. Arvioita ja ehdotuksia yksityisestä ja julkisesta hyvinvointivastuusta. <URL: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/m227-VERKKO.pdf> > (Luettu 8.1.2016)
- Pajukoski, M. (toim.) 2011. Pääseekö asiakas oikeuksiinsa? Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät –työryhmä. Raportti III. Raportti 19/2010. Helsinki, THL. <URL: https://www.thl.fi/documents/470564/817072/paaseeko_asiakas_oikeuksiinsa.pdf/3763c13d-1f2f-4e38-83ca-054e89519d8d > (Luettu 8.1.2016)
- Pekola-Sjöblom, M. 2015. Osatuloa ARTTU2–tutkimusohjelman kuntalaiskyselystä 2015. Liite Kuntaliiton tiedotteeseen 19.11.2016. <URL: <http://www.kunnat.net/fi/Kuntaliitto/media/tiedotteet/2015/11/arttusote/ARTTU2%20sote-kyselyn%20tulokset.pdf> > (Luettu 15.1.2016)
- Pohjola, A. 2012. Vaikuttavuuden arvioinnin tietoperusta sosiaalityössä. Teoksessa Pohjola, A. & Kempainen, T. & Väyrynen, S. (toim.) Sosiaalityön vaikuttavuus. Lapin yliopistokustannus, Rovaniemi, 19—42.

- Pohjola, A. & Särkelä, R. Tarttumapintoja sosiaalisesti kestäväan kehitykseen. Teoksessa Pohjola, A. & Särkelä, R. (toim.) 2011. Sosiaalisesti kestävä kehitys. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki, 299—310.
- Pöysti, T. 2015. VTV kehittää strategisten politiikkariskien hallintaa. Valtiontalouden tarkastusviraston asiakaslehti Reviisori 1/2015, 9.
- Rautajoki, A. & Suojanen, R. & Kivipelto, M. 2014. Voiko sosiaalityön tutkimus ja kehittäminen muuttaa käytäntöjä? Kokemuksia valtakunnallisen ja alueellisen tutkimus- ja kehittämistoiminnan yhteistyön vaikutuksista. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 1/14, 110—115.
- Remes, M. 2015. Riskit avoimesti esille. Valtiontalouden tarkastusviraston asiakaslehti Reviisori 1/2015, 4—8.
- Seppälä, T.T. & Pekurinen, M. 2014. Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat. Raportti 22/2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <URL: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116653/THL_RAP022_2014verkko.pdf?sequence=1 > (Luettu 10.1.2015)
- Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen 2010. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:19. Helsinki.
- Sosiaalihuoltolaki. 30.12.2014/1301.
- Sotarauta, M. & Kosonen, K.-J. & Viljamaa, K. 2007. Aluekehittäminen generatiivisena johtajuutena. 2000-luvun aluekehittäjän työnkuvaa ja kompetensseja etsimässä. Tampereen yliopisto, Alueellisen kehittämisen tutkimusyksikkö. Sente-julkaisuja 23/2007.
- Taipale, V. & Hämäläinen, H. 2007. Kertomuksia sosiaalisista innovaatioista. Stakes, Helsinki.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampereen yliopistopaino, Tampere.
- Tuominen, S. 2015. Luova järkevyyt. Arkisen luovuuden ylistys. Otava.
- Valkama, K. 2012. Asiakkuuden dilemma. Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen. Acta Wasaensia no 267, sosiaali- ja terveyshallintotiede 7. Väitöskirjatutkimus. Vaasan yliopisto, Vaasa. <URL: http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-412-4.pdf > (Luettu 10.1.2015)
- Valtion ja kansantalouden riskianalyysi 2015. Toimintakäsikirja. Valtion tarkastusvirasto. <URL: https://www.vtv.fi/files/4791/Valtion_ja_kansatalouden_riskianalyysi.pdf > (Luettu 9.1.2015)
- Vuorinen, V. & Salo, P. & Jouttimäki, Riitta-Maija 2013. Perustuslailliset reunaehdot palvelurakennemuutoksessa. PARA-uudistuksen lakiryhmän alajaos 1:n muistio 8.2.2013. Julkaise-maton.
- Wilskman, K. 2011. Informaatio-ohjaus kuntien tukena hyvinvoinnin ja terveyden edistämises-sä. Raportti 57/2011, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <URL: <https://www.julkari.fi/handle/10024/79988> > (Luettu 5.1.2016)

8 VIITTEET (LUKU 4)

Appleby J. Spending on health and social care over the next 50 years Why think long term?
© The King's Fund 2013, ISBN: 978 1 909029 03 3, www.kingsfund.org.uk

Brereton et al. The impact of the NHS market. An overview of the literature. CIVITAS: Institute for the Study of Civil Society 2010

Cashin et al. Paying for performance. Implications for health system performance and accountability. European Observatory on Health Systems and Policies Series. 2014 ISBN 10: 0-33-526438-7

Chiolero et al. Lessons from the Swiss Medical Recommendation against Mammography. JAMA Intern Med 2014.

Choi S. Competing Logics in Hospital Mergers The case of the Karolinska University Hospital. Doctoral Thesis, Department of Learning, Informatics, Management and Ethics, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden, 2011.
http://publications.ki.se/jspui/bitstream/10616/40275/1/thesis_soki.pdf

Christensen CM. The Innovators Prescription – A Disruptive Solution for Health Care, 2009.

Christensen CM, Baumann H, Ruggles R, Sadtler T. Disruptive innovation for social change. Harvard Business Review. <https://hbr.org/2006/12/disruptive-innovation-for-social-change>

Christianson et al. Financial incentives, healthcare providers and quality improvements. A review of the evidence. The UK Health Foundation 2007

Coast J, Donovan J, Litva A, Eyles J, Morgan K, Shepherd M. "If there were a war tomorrow, we'd find the money": Contrasting perspectives on the rationing of health care. Soc Sci Med 2002;54:1839-51.

Cooper RA, Getzen TE, McKee HJ, Laud P. Economic and demographic trends signal an impending physician shortage. Health Affairs 2002;21:140-54.

Culyer AJ, Cullis JG. Some economics of hospital waiting lists. J Soc Pol 1996;5:239-64

Christensen CM. The Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Health Care Harvard Business School 2009

Dobelli. The Art of Thinking Clearly, 2013, ISBN 978 1 444 75956 3

EU EXPH (Expert Panel of Effective Ways of Investigating Health) Quality of care and patient safety, 2014
http://ec.europa.eu/health/expert_panel/opinions/docs/006_safety_quality_of_care_en.pdf

EU EXPH (Expert Panel of Effective Ways of Investigating Health). Disruptive Innovation - Considerations for health and health care in Europe, 2015.
http://ec.europa.eu/health/expert_panel/opinions/docs/011_disruptive_innovation_en.pdf

EU EXPH (Expert Panel of Effective Ways of Investigating Health). Access to health services in the European Union, 2015.
http://ec.europa.eu/health/expert_panel/opinions/docs/010_summary_access_healthcare_en.pdf

Feldman L. Managing the costs of diagnosis.
<http://www.simulconsult.com/company/ManagingCostDiagnosis.pdf>

Fisher ES & Welch HG. Avoiding the unintended consequences of growth in medical care. How might more be worse? *JAMA* 1999;281:446-53.

Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL & Pinder EL. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1: the content, quality, and accessibility of care. *Ann Intern Med* 2003a;138:273-287

Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL & Pinder EL. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: health outcomes and satisfaction with care. *Ann Intern Med* 2003b;138:288-298

Frost CEB. How permanent are NHS waiting lists? *Soc Sci Med* 1980;14C:1-11.

Getzen TE. Population aging and the growth of health expenditures. *J Gerontology* 1992;47:98-104

Godlee F. What is health? *BMJ* 2011;343:d4817

Gonzales-Busto B & Garcia R. Waiting lists in Spanish Public Hospitals. *System Dynamics Review* 1999;15:201-24.

Goldsmith M. Helping successful people successful people to become even better. *Business Strategy Review*.
http://www.marshallgoldsmithlibrary.com/cim/articles_display.php?aid=109

Gosden et al. Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review. *J Health Services Research & Policy* 2001;6: 44-55

Hagman J. Comparison of Resource Utilization in the Treatment of Open Angle Glaucoma in two Cities Finland: Is More Better? Thesis. *Acta Ophthalmologica* 2013;91:1-47

Hautamäki A. Kestävä innovointi Innovaatiopolitiikka uusien haasteiden edessä. *Sitran raportteja* 76, 2008

Høymork SC. Head of Secretariat National Council for Priority Setting in Health and Care Services. <http://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/1809198/Siv+Hoymork+-+Priority+Setting+-+Norwegian+Systems+and+Experiences+-+20151112.pdf/fd72899b-5488-4faa-a5ba-774f7470778a>

Huber et al. How should we define health? *BMJ* 2011;343:d4163

Iversen T. A theory of hospital waiting lists. *J Health Economics* 1993;12:55-71.

Kannanotto 15.11.2013. Sosiaali- ja terveysministeriön pyytämä silmäylilääkäreiden kannanotto silmänpohjan ikärappeuman hoitokäytännöistä Suomessa.

Alanko H (OYS), Järvenpää J (Vaasa), Kaarniranta K (KYS), Kaipainen S (Joensuu), Kentala E (HUS), Korkatti V (Kokkola), Korhonen T (Kajaani), Lähteenmäki A (Hämeenlinna), Mäkinen J (Turunmaa), Ollila M (Rovaniemi), Pehkonen P (Pori), Orhanen E (Seinäjoki), Ranta K (Mikkeli), Ryhänen A-L (Kemi), Setälä N (Jyväskylä), Tuulonen (Tays), Uusitalo H (Tampereen yliopisto), Vaahtoranta-Lehtonen H (TYKS), Vesti E (Turun yliopisto), Välimäki J (Lahti).

Kahneman D. Thinking fast and slow. Farrar, Straus and Giroux, 2011. ISBN 978-0374275631

Keskimäki I. How did Finland's economic recession in the early 1990s affect socio-economic equity in the use of hospital care? In: Keskimäki I, Häkkinen U. Economic recession in Finland in the early 1990s and changes in the use of health services. National Research and Development Centre for Welfare and Health. Themes from Finland 4/2001.

Ketola E, Kaila M, Honkanen M. Guidelines in context of evidence. *Qual Saf Health Care*. 2007 Aug;16:308-12.

Kohn A. Punished by Rewards, 1999. ISBN-13: 978-0618001811

Lee J, McCulloch JS, Town RJ. The Impact of Health Information Technology on Hospital Productivity. NBER Working Paper No. 18025, April 2012, <http://www.nber.org/papers/w18025>

Lehtonen L. Voiko eduskunnan oikeusasiamies määrätä lääkkeitä? *Duodecim* 2013;129:2192-3

Lehtonen L, Lohiniva-Kerkelä M, Pahlman I. Terveystoiminta. Talentum Pro. Helsinki 2015, ISBN 978-952-14-2574-5

Lundbäck M, Söderström L. Stor och liten: om värdeeffektiva sjukhus. Stockholm: Reforminstitutet, 2002

Martin RM, Sterne AC, Gunnell D, Ebrahim S, Smith GD & Frankel S. NHS waiting lists and evidence of national or local failure: analysis of health service data. *BMJ* 2003;326:188-98

Maynard A. Ethics and health care 'underfunding'. *J Med Ethics* 2001;27:223-231

Maynard A. Health economics in the past, the present and the future. The Yrjö Jahnsson Foundation 50th Anniversary Symposium on Incentives and Finance of Health Care System, August 9-10, 2004

Muir Gray. Evidence-based healthcare. How to make health policy and management decisions. London: Churchill Livingstone/Harcourt Publishers Limited, 2001

Niiniluoto I. Ihminen medikalisaation pihdeissä. *Duodecim* 2003;119:1857-62

Pink D. Drive. The surprising truth about what motivates us. ISBN 978-1-59448-884-9

Shah S, Murdoch I. *Ophthalmic Physiol Opt* 2011;31:339-42

Sterman JD (2000): Business dynamics. Systems thinking and modelling for complex world. Boston: Irwin McGraw-Hill Companies.

Prahalad CK. The Fortune at the Bottom of the Pyramid: Eradicating Poverty Through Profits, 2004. ISBN-13: 978-0131467507

Ratnarajan G, Newsom W, French K ym. The effect of changes in referral behaviour following NICE guideline publication on agreement of examination findings between professionals in an established glaucoma referral refinement pathway: the Health Innovation & Education Cluster (HIEC) Glaucoma Pathways project. *Br J Ophthalmol* 2013;97:210-4; PMID: 23111242*

Robin A, Meeting of the Glaucoma Research Society 2010, Kioto (Oral Presentation)

Senge P. The fifth discipline. The art and practice of the learning organization. Mackays and Chatham PLC, Chatham, Kent, 1990. 0-385-26095-4 (first edition) ISBN 0-385-51725-4 (second edition)

Shannon RP. Foreword in Grunden N, Hagood C. Lean-Led Hospital Design. Creating the efficient hospital of the future, 2012. ISBN-13: 978-1439868287, ISBN-10: 143986828X

Sommer A. Getting what we deserve, health & medical care in America. The Johns Hopkins University Press ISBN-13: 978-0-8018-9387-2, 2009

STM 2015:36. Pöysti T, Niiranen A, Haveri A. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen ja itsehallintoalueiden perustamisen ja aluehallintouudistuksen valmistelu. Selvityshenkilöhanke 2.7.-14.8.2015. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:36

Sterman JD. Business dynamics. Systems thinking and modelling for complex world. Boston: Irwin McGraw-Hill Companies, 2000. ISBN-13: 978-0072389159, ISBN-10: 9780072389159

Sterman J. All models are wrong: reflections on becoming a systems scientist. *System Dynamics Review* 2002;18:501-31

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Erikoissairaanhoidon hoitoon pääsy vuosina 2007-2012. Tilastoraportti 25/2013

Topol E. How digital revolution will create better health care. 2012

<http://creativestructureofmedicine.com/>

Tuulonen A. Voidaanko kaihihoito poistaa? Suomen silmäterveydenhuollon kehitys tilastojen valossa vuosina 1984-2000. *Suomen Lääkärilehti* 2003;58:2657-2663

Tuulonen A. Silmälääkäreiden työtyytyväisyyteen ja motivaatioon vaikuttavat tekijät. *Suomen Lääkärilehti* 2003;58:3801-3805.

Tuulonen A. The effects of structures on decision making policies in health care. Perspectives in ophthalmology, *Acta Ophthalmol Scand.* 2005 Oct;83(5):611-7

Tuulonen A. Översyn av den offentligt drivna ögonsjukvården i Region Skåne. An overview and evaluation of the eye health care in Scania, August 21, 2012.

<http://docslide.us/documents/oerversyn-av-den-offentligt-drivna-ogonsjukvarden-i-region-skane-avdelningen.html>

Tuulonen A, Salminen H, Linna M, Perkola M. The need and total cost of Finnish eyecare services: a simulation model for 2005–2040 *Acta Ophthalmol.* 2009; 87: 820–829

Vahtoranta-Lehtonen H, Tuulonen A, Aronen P, Sintonen H, Suoranta L, Kovanen N, Linna M, Läärä E, Malmivaara A: Cost effectiveness and cost utility of an organized screening programme for glaucoma. *Acta Ophthalmol* 2007; 85: 508-518.

VTV (Valtiontalouden tarkastusvirasto). Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmähankkeiden kehitystyöhön on saatava pikaisesti ryhtiä. Tiedote 4.2.2011

https://www.vtv.fi/ajankohtaista/tiedotteet/2011/sosiaali-ja_terveydenhuollon_tietojarjestelmahankkeiden_kehitystyohon_on_saatava_pikaisesti_ryhtia.3322.news

Williams A. Priorities and research strategy in health economics for the 1990's. *Health Economics. Quest Editorial.* 1993;2:295-302

Wormald R. Meeting of the Glaucoma Research Society 2010, Kioto.

Yates J (1987): Why are we waiting? An analysis of hospital waiting lists. New York: Oxford University Press. ISBN- 10: 0192616749, ISBN-13: 978-0192616746

Williams A (1988). Health economics: the cheerful face of dismal science? In: Culyer AJ, Masysdar, editors. Being reasonable about the economics of health. Cheltenham: Edward Elgar; 1988.

Wong et al. Cancer patients' trade-offs among efficacy, toxicity, and out-of-pocket cost in the curative and noncurative setting. *Med Care.* 2013 Sep;5:838-45.

Zafar SY, Abernethy AP. Financial toxicity, Part I: a new name for a growing problem. *Oncology* 2013 Feb;27:80-1, 149. Part II: how can we help with the burden of treatment-related costs? *Oncology* 2013 Apr;27:253-4, 256.

9 LIITTEET

LIITE 1 (LUKU 2.1)

Arviointi sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen kehittämistarpeet vaikuttavan ohjauksen mallin kehittämiseksi

Ohjeet

Sähköisessä kyselylomakkeessa voi liikkua edestakaisin painamalla Edellinen- tai Seuraava -painikkeita. Kysely on mahdollista lähettää vastaamatta kaikkiin kysymyksiin, mutta osa kysymyksistä on merkitty pakollisiksi. Mahdolliset kysymyksiin annetut perustelut huomioidaan vastauksia analysoitaessa. Vastauksia on mahdollista muokata ennen kyselylomakkeen lähettämistä. Kyselyn voi tarvittaessa keskeyttää painamalla Keskeytä-painiketta ja jatkaa vastaamista myöhemmin. Keskeytä-painikkeesta kysely vie automaattisesti sivulle, jossa on linkki jatkettavaan kyselyyn. Sivulla voi myös lähettää linkin sähköpostiisi. Viimeisen kysymyksen lopussa on Yhteenveto-painike, josta pääset tarkastelemaan laatimiasi vastauksia. Yhteenvetosivulta pääset muokkaamaan (Muokkaa vastauksia -painike) ja selyn. Tämän jälkeen kysely pitää vielä lähettää.

Vastauksen lähetyks: Kun kyselyyn vastaaminen on valmis, paina kyselylomakkeen yhteenvetosivun lopussa olevaa Valmis-painiketta. Lähettämisen jälkeen kyselyvastausta ei ole enää mahdollista täydentää tai muokata.

Lisätietoja lausuntopyyntöä antavat:

Johtaja Tarja Kauppila, tarja.kauppila@isonet.fi

Professori Anja Tuulonen, anja.tuulonen@pshp.fi

Kyselyn tekniseen toteutukseen liittyvät kysymykset:

Osastosihteeri Riikka Friberg, p. 02951 63629, s-posti riikka.friberg@stm.fi

Vastaaajatahon virallinen nimi

Yhteystiedot *

Etunimi

Sukunimi

Matkapuhelin

Sähköposti

Arviointi sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen kehittämistarpeet vaikuttavan ohjauksen mallin kehittämiseksi

Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausmallin tulee

- sovittaa yhteen rahoitus ja sisällöllinen ohjaus
- tukea kannustavasti uudistuksen kustannusten hallintaa
- tukea hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamista koskevien tavoitteiden saavuttamista
- varmistaa yhdenvertaisuuden ja oikeudenmukaisuuden toteutuminen resurssiohjauksen roolin muuttuessa.

Pyydämme ystävällisesti tuomaan esille selvityshenkilöille esitetyistä kysymyksistä mielestänne kolme oleellisinta näkökohtaa, joihin toivotte selvityksessä kiinnitettävän erityistä huomiota, sekä ehdotuksia mielestänne toimivammasta ohjauksen mallista. Vastaukset tulevat selvityshenkilötyön käyttöön eikä niitä ole tarkoitus yksittäisinä vastauksina julkaista.

1. Miten sosiaali- ja terveydenhuollon sisällöllinen ja vuorovaikutteinen ohjaus tulisi organisoida kansallisella tasolla ja hallinnon eri tasojen välillä (yhteistoiminnan muodot)? Max noin 5000 merkkiä (yksi A4)

◀
▶

2. Millainen sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen prosessi sovittaa yhteen väestön palvelutarpeen ja julkisen talouden tilanteen huomioon ottavan budjettirajoitteen? Max noin 5000 merkkiä (yksi A4)

◀
▶

3. Millaiset hyvät toimintatavat ohjaavat kustannusvaikuttavuuteen, mukaan lukien eri ammattikuntien toimintakäytänteiden vaikuttavuustiedon käytön edistäminen. Max noin 5000 merkkiä (yksi A4)

◀
▶

4. Minkälaisia tietoja ohjausmallissa tarvitaan, että ne mahdollistaisivat ohjauksen toimivuuden seurannan ja arvioinnin. Max noin 5000 merkkiä (yksi A4)

◀
▶

5. Muut mahdolliset seikat, jonka haluatte saattaa selvityshenkilöiden tietoon? Max noin 5000 merkkiä (yksi A4)

◀
▶

LIITE 2 (LUKU 2.1)

■ SOSIAALI- JA
TERVEYSMINISTERIÖ

KOKOUSKUTSU

STM068:00/2015

3.12.2015

KUTSU KUULEMISTILAISUUTEEN / SOTE-UUDISTUS: SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON TOIMIVA OHJAUS

Aika Torstai 10.12.2015 klo 9.00-11.30 (kahvitarjoilu klo 8.30 alkaen)

Paikka Säätytalo, Snellmaninkatu 9-11, Helsinki, sali 13

Osallistujat Ks. yst. erillinen luettelo

Tilaisuuden ohjelma:

1. Tilaisuuden avaus, johtaja Päivi Voutilainen, STM & neuvotteleva virkamies Tanja Rantanen, VM
2. Esittäytymiskierros
3. Keskustelun tausta ja tarkoitus, johtaja Päivi Voutilainen, STM
4. Selvitystyön eteneminen ja keskusteluteemat
 - johtaja Tarja Kauppila, Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus
 - professori, vastuualuejohtaja Anja Tuulosen Tampereen yliopistollisen sairaalan Silmäkeskus
5. Keskusteluteemat/pohdittavat kysymykset
 - Miten sosiaali- ja terveydenhuollon sisällöllinen ja vuorovaikutteinen ohjaus tulisi jatkossa organisoida kansallisella ja hallinnon eri tasojen välillä
 - Millainen sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen prosessi sovittaa yhteen väestön palvelutarpeen ja julkisen talouden tilanteen huomioon ottavan budjettirajoitteen
 - Millaiset hyvät toimintatavat ohjaavat sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuuteen, mukaan lukien eri ammattikuntien toimintakäytänteiden vaikuttavuustiedon käytön edistäminen
 - Millaisia tietoja ohjausmallissa tarvitaan, että ne mahdollistavat sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen toimivuuden seurannan ja arvioinnin
6. Keskustelun yhteenveto, selvityshenkilöt

Tilaisuuden tausta:

Selvityshenkilöiden työ liittyy sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen, itsehallintoalueiden perustamisen ja aluehallintouudistuksen valmisteluun. Selvitystyö tehdään osana Ohjaus, rahoittaminen ja kehittäminen -ryhmän työtä ja siitä raportoidaan ko. ryhmälle.

http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/sote-ja-aluehallintouudistusten-ohjaus-ja-projektiryhmat-nimettiin

Selvitystyön tavoitteena on laatia ehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen malliksi, jossa rahoitus ja sisällöllinen ohjaus yhteen sovitaan ja joka tukee uudistuksen kustannusten hallintaa sekä hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamista koskevien tavoitteiden saavuttamista. Ohjausmallin on oltava ohjausvaikutukseltaan selkeä ja kannustaa kustannustehokkaaseen ja -vaikuttavaan toimintaan.

Ehdotukset tehdään sovittaen ne yhteen Rahoitus- ja resurssiohjausryhmässä tehtävään työhön. Ehdotuksessa on otettava kantaa siihen, miten varmistetaan yhdenvertaisuuden ja oikeudenmukaisuuden toteutuminen resurssiohjauksen roolin muuttuessa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen kehittämistarpeista mahdollisimman vaikuttavan ohjauksen mallin kehittämiseksi viittaamme hallitusohjelmaan sekä hallituksen linjauksiin (7.11.2015).

<http://valtioneuvosto.fi/sipilan-hallitus/hallitusohjelma>

<http://alueuudistus.fi/lausuntopyynnot>

Tervetuloa!

Yhteistyöterveisin selvityshenkilöiden puolesta,

Sosiaali- ja terveyspalveluosasto/ STM

JAKELU

Kutsuttavat (yksi edustaja/taho)

1. AVI, Lappi
2. Elintarviketurvallisuusvirasto (Evira)
3. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus (Fimea)
4. Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto (Valvira)
5. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)
6. Kansaneläkelaitos (KELA)
7. Työterveyslaitos (TTL)
8. Suomen Kuntaliitto
9. Sosiaalialan osaamiskeskus, Verso
10. Perusterveydenhuollon yksikkö, Pohjois-Karjala
11. Sairaanhoidopiiri, Vaasa
12. STM
13. MMM
14. VM
15. ETENE

LIITE 3 (LUKU 2.1)

■ SOSIAALI- JA
TERVEYSMINISTERIÖ

KOKOUSKUTSU

STM068:00/2015

3.12.2015

KUTSU KUULEMISTILAISUUTEEN / SOTE-UUDISTUS: SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON TOIMIVA OHJAUS

Aika	Torstai 10.12.2015 klo 12.30-15.00 (kahvitarjoilu klo 12.00 alkaen)
Paikka	Säätytalo, Snellmaninkatu 9-11, Helsinki, sali 13
Osallistujat	Ks. yst. erillinen luettelo

Tilaisuuden ohjelma:

1. Tilaisuuden avaus, johtaja Päivi Voutilainen, STM & budjettineuvos Jouko Narikka, VM
 2. Esittäytymiskierros
 3. Keskustelun tausta ja tarkoitus, johtaja Päivi Voutilainen, STM
 4. Selvitystyön eteneminen ja keskusteluteemat
 - johtaja Tarja Kauppi, Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus
 - professori, vastuualuejohtaja Anja Tuulosen Tampereen yliopistollisen sairaalan Silmäkeskus
 5. Keskusteluteemat/pohdittavat kysymykset
 - Miten sosiaali- ja terveydenhuollon sisällöllinen ja vuorovaikutteinen ohjaus tulisi jatkossa organisoida kansallisella ja hallinnon eri tasojen välillä
 - Millainen sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen prosessi sovitaa yhteen väestön palvelutarpeen ja julkisen talouden tilanteen huomioon ottavan budjettirajoitteen
 - Millaiset hyvät toimintatavat ohjaavat sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuuteen, mukaan lukien eri ammattikuntien toimintakäytänteiden vaikuttavuustiedon käytön edistäminen
 - Millaisia tietoja ohjausmallissa tarvitaan, että ne mahdollistavat sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen toimivuuden seurannan ja arvioinnin
- Keskustelun yhteenveto, selvityshenkilöt

Tilaisuuden tausta:

Selvityshenkilöiden työ liittyy sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen, itsehallintoalueiden perustamisen ja aluehallintouudistuksen valmisteluun. Selvitystyö tehdään osana Ohjaus, rahoittaminen ja kehittäminen -ryhmän työtä ja siitä raportoidaan ko. ryhmälle.
http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/sote-ja-aluehallintouudistusten-ohjaus-ja-projektiryhmat-nimettiin

Selvitystyön tavoitteena on laatia ehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen malliksi, jossa rahoitus ja sisällöllinen ohjaus yhteen sovitetaan ja joka tukee uudistuksen kustannusten hallintaa sekä hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamista koskevien tavoitteiden saavuttamista. Ohjausmallin on oltava ohjausvaikutukseltaan selkeä ja kannustaa kustannustehokkaaseen ja -vaikuttavaan toimintaan.

Ehdotukset tehdään sovittaen ne yhteen Rahoitus- ja resurssiohjausryhmässä tehtävään työhön. Ehdotuksessa on otettava kantaa siihen, miten varmistetaan yhdenvertaisuuden ja oikeudenmukaisuuden toteutuminen resurssiohjauksen roolin muuttuessa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen kehittämistarpeista mahdollisimman vaikuttavan ohjauksen mallin kehittämiseksi viittaamme hallitusohjelmaan sekä hallituksen linjauksiin (7.11.2015).

<http://valtioneuvosto.fi/sipilan-hallitus/hallitusohjelma>
<http://alueuudistus.fi/lausuntopyynnot>

Tervetuloa!

Yhteistyöterveisin selvityshenkilöiden puolesta,

Sosiaali- ja terveystalvveluosasto/ STM

JAKELU	Kutsuttavat (yksi edustaja/taho)
	- Lääkäriliitto
	- Tehy
	- Super
	- Talentia ry
	- JHL
	- KT Kuntatyönantajat
	- EK/ Sosiaalialan työnantajat ry
	- EK/ Terveystalvvelualan liitto ry
	- Kokoa ry
	- Suomen potilasliitto
	- Lääkäripalveluyritykset ry
	- Lääkärin sosiaalinen vastuu –järjestö
	- Kokemusasiantuntija, Pohjois-Suomi
	- Ruotsinkielinen sosiaalialan osaamiskeskus, FSKC

LIITE 4 (LUKU 3.5)

Niina Koponen, aikuissosiaalityön palveluesimies, Kuopion kaupunki

Kuopion kaupungilla on ollut jo vuosien ajan vaikeuksia saada toimeentulotukihakemukset käsiteltyä toimeentulotukilain velvoittamassa seitsemän päivän ajassa. Olemme esimerkiksi yrittäneet omatoimisesti kehittää itsenäisesti toimeentulotukiprosessia, toteuttaa uusia, yhteisiä tapoja käsitellä hakemuksia, tehdä pidempikestoisia toimeentulotukipäätöksiä. Muutoksista huolimatta emme ole saaneet käsittelyaikaa kuriin. Kuopio on ollut Aluehallintoviraston seurannassa ja uhkasakoiltakin olemme vuosien aikana jo kahteen kertaan välttyneet. Ennen kaikkea asiakkaat ovat joutuneet odottamaan viimesijaista toimeentuloansa välillä jopa kahden viikon ajan.

Koko toimeentulotukea käsittelevä henkilöstö osallistui LEAN -koulutukseen elokuun viimeisellä viikolla. Koulutuspäivän aikana henkilöstö sai nostaa esille toimeentulotukityössä esille nousseita kehittämiskohteita sekä asioita, joita kehittämällä toimeentulotukiprosessista saisi tehokkaamman ja asiakaslähtöisemmän. Kehittämistyössä nousi esille hyvin erikokoisia asioita, jotka vaativat uudistusta ja jokainen asia oli mahdollista nostaa esille joko keskustelussa tai aloitelaatikon kautta. LEAN –valmennus antoi henkilöstölle mahdollisuuden tulla kuulluksi omasta työstään sekä puolestaan esimiehille tilan oivaltaa aidosti henkilöstöstä nousevia kehittämiskohteita.

LEAN–menetelmistä tutuiksi tulivat mm. gemba walk, jonka mukaisesti koko toimeentulotukiprosessi käveltiin asiakkaan silmin. Kävelimme yhdessä toimeentulotukihakemuksen polun virastossamme ja tutustuimme, mitä hakemukselle missäkin vaiheessa käsittelemä tapahtuu. Lisäksi toimeentulotukiprosessista nostettiin esille ”mudaa” eli hukkaa, ei asiakkaalle arvoa tuottavaa työtä, jota lähdettiin toimeentulotuen käsittelystä karsimaan. Mudaksi tunnistettiin muun muassa hakemuksen jonotusaika.

Koulutuksen jälkeen esimiehet ja tiimivastaavat tekivät esille nousseista kehittämisideoista suunnitelman, johon määrittelimme konkreettiset tavoitteet. Rohkeaksi tavoitteeksi toimeentulotukihakemusten käsittelyajaksi määrittelimme kolme arkipäivää. Lisäksi teimme suunnitelman ja ohjeistukset niistä käytännön teoista, joilla prosessia viipymättä muutettiin.

Uusi toimintamalli otettiin käyttöön heti ja se ohjeistettiin koko henkilöstölle. Työntekijät sitoutuivat tavoitteeseen ja saimme luotua työyhteisöömme yhdessä tekemisen meininkiä, jonka avulla jonotilanne saatiin purettua. Järjestimme syyskuussa toimeentulotukihakemusten purkuviikon, jona aikana kaikki toimeentulotuen käsittelyä osaavat henkilöt käsitelivät toimeentulotukihakemuksia. Loimme reaaliaikaisen seurannan toimeentulotukihakemustilanteesta ja koko ajan olimme selvillä kuinka paljon hakemuksia on saapunut ja kuinka paljon niitä on vielä käsittelemättä. Oli hyvin palkitsevaa nähdä viikon aikana käsiteltävien hakemusten määrän vähentyminen konkreettisesti. Viikkoon sisältyi yhteisiä kahvihetkiä, kannustamista ja palkintojuhlakin.

Suosittelimme LEAN -kehittämismenetelmää myös muille toimijoille, koska sen avulla on mahdollista kuulla henkilöstöstä nousevia ideoita ja toteuttaa niitä työyhteisönä yhdessä. LEAN – menetelmä antaa arvostuksen työntekijän osaamiselle ja näkee hänet oman työnsä ja samalla sen kehittämisen asiantuntijana. Menetelmä on myös hyvin positiivinen, jolla me saimme työyhteisöömme syttymään kehittämistyölle.

LIITE 5 (LUKU 4.2)

Esimerkki valtakunnallisesta priorisointilinjauksesta - Tarvitaan valtakunnallinen taho, jolle linjaus esitetään ja joka päättää linjauksesta.

Suomen silmäylikääreiden esitys silmäsairauksien etusijaistamisjärjestyksestä

Toimintaa ohjaa periaate 'Eniten voimavaroja pysyvän näkövammaisuuden ehkäisyyn':

- Silmänpohjan ikärappeuma (aiheuttaa eniten pysyvää näkövammaisuutta iäkkäillä)
- Glaukooma (toiseksi suurin pysyvän näkövammaisuuden aiheuttaja iäkkäillä, vammauttaa myös työikäisiä)
- Verkkokalvosairaudet (mukaan lukien diabeettinen retinopatia, joka on suurimpia pysyvän näkövammaisuuden syy työikäisillä).
- Kaihi (ei aiheuta pysyvää näkövammaa)

Myös kaikissa muissa silmäsairauksissa potilaat segmentoidaan näkövamman riskin mukaan.

Tausta

Em. neljä suurta silmäsairautta kattavat 2/3 julkisen sektorin potilaista, käynneistä ja kustannuksista. Ikärappeuman hoito on jopa 9-kertaistunut vuodesta 2008 lähtien, aiemmin siihen ei ollut hoitoa. Koska ikärappeuma kuuluu 4-6 viikon kuluessa hoidettaviin sairauksiin eivätkä voimavarat ole lisääntyneet hoitojen suhteessa, muiden silmäsairauksien hoitoon käytössä olevat voimavarat ovat suhteellisesti vähentyneet. Vaikka harmaa kaihi ei aiheuta pysyvää näkövammaa, se on tällä hetkellä hoitotakuutulkinnan takia priorisoitu em. kolmen sokeuttavan sairauden ohi. Esimerkiksi ikärappeumapotilaan viivästynyt hoito sen sijaan voi aiheuttaa pysyvän näkövamman syntymisen.

LIITE 6



PALVELUVALIKOIMA
Tjänsteutbudet | Choices in health care

SUOSITUS
Palveluvalikoimaneuvoston päätös

1(1)

10.12.2015

**Terveystenhuollon palveluvalikoimaneuvoston suositus:
Silmänpohjan kostean ikärappeuman hoito silmänsisäisellä bevasitsumabilla kuuluu Suomen julkisesti rahoitettuun terveydenhuollon palveluvalikoimaan.**

Kysymyksenasettelu		Kuuluuko silmänpohjan kostean ikärappeuman hoito silmänsisäisellä bevasitsumabilla Suomen julkisesti rahoitettuun terveydenhuollon palveluvalikoimaan?
Suosituslause		Terveystenhuollon palveluvalikoimaneuvosto suosittelee, että silmänpohjan kostean ikärappeuman (AMD) silmänsisäinen hoito bevasitsumabilla kuuluu Suomen julkisesti rahoitettuun terveydenhuollon palveluvalikoimaan.
Perustelut	Terveystenongelman vakavuus	AMD on yleisin näkövammaisuuden aiheuttaja yli 55-vuotiailla. Ilman hoitoa AMD johtaa vaikeaan näkövammaisuuteen, ja tauti etenee yleensä nopeasti viikkojen – kuukausien aikana.
	Vaikuttavuus	Bevasitsumabi on vaikuttava näkökykyä parantava AMD:n hoito. Se on yhtä vaikuttava kuin AMD:n hoitoon silmänsisäisesti käytettävät ranibitsumabi ja aflibersepti.
	Turvallisuus	Bevasitsumabi on yhtä turvallinen AMD:n hoito kuin ranibitsumabi ja aflibersepti. Vakavia silmänsisäisiä haittoja tulee alle 1 %:lle bevasitsumabilla hoidetuista, kuten myös ranibitsumabilla ja afliberseptillä hoidetuista.
	Kustannukset	Bevasitsumabi on kustannuksiltaan edullisin AMD:n silmänsisäisessä hoidossa käytetyistä valmisteista. Ranibitsumabin ja afliberseptin kustannukset ovat noin 20-kertaiset bevasitsumabin kustannuksiin verrattuna. Fimean selvityksen mukaan yhden annoksen kustannukset Suomen sairaaloissa olivat v. 2014: bevasitsumabi 16–49 euroa, ranibitsumabi 664–889 euroa, aflibersepti 683–830 euroa.
	Eettiset näkökohdat	Bevasitsumabia käytetään AMD:n hoidossa, vaikka valmistaja ei ole hakenut sille myyntilupaa AMD:n hoitoon. Bevasitsumabi on AMD:n silmänsisäisessä hoidossa pisimpään käytetty valmiste Suomessa: sitä on käytetty AMD:n hoidossa vuodesta 2006 alkaen.
Diagnoosi (ICD-10)-koodit Toimenpidetikoodit (Suomen toimenpideluokitus*)		Diagnoosikoodi (ICD-10): H35.31 Toimenpidetikoodi 'Lääkkeen ruiskutus lasiaiseen': CKD05
Linkit taustatietoihin		linkki Fimean selvitykseen ”Biologiset lääkkeet silmänpohjan kostean ikärappeuman hoidossa” (2015) ; linkki yhteenvedoon

*perustuu Pohjoismaiseen toimenpideluokitukseen (NCSP, Nordic Classification of Surgical Procedures)